Le Progrès Médical

1899

PREMIER SEMESTRE

REVUES DES SPÉCIALITÉS

Anthropologie	ZABOROWSKI.
Affections des organes génito-urinaires	Dr A. MALHERBE.
Bactériologie	Dr RAMON.
Dermatologie et syphiligraphie	Dr P. RAYMOND.
Eaux minérales et hydrothérapie	Dr J. NOIR.
Electrothérapie	Dr P.-L. REGNIER.
Hygiène	Dr MARTHA.
Jurisprudence médicale	Dr LIRMIN-LIPMAN.
Maladies de la première enfance	Dr H. DE ROTHSCHILD.
Maladies de la deuxième enfance	Dr PAUL-BONCOUR.
Maladies des oreilles, du larynx et du nez	Dr BARATOUX.
Neurologie	Dr MIRALLIÉ.
Obstétrique et gynécologie	Dr L. MERLE.
Odontologie	Dr BOUVET.
Ophtalmologie	Dr KŒNIG.
Psychiatrie	Dr KERAVAL.
Thérapeutique	Drs CORNET, NOIR, RELLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine	Dr PLICQUE.
Académie des Sciences	Dr PHISALIX.
Société d'Anthropologie	ZABOROWSKI.
Société de Biologie	Dr Mme EDWARDS-PILLIET.
Société de Chirurgie	Dr P. RELLAY.
Société médicale des Hôpitaux	Dr J. NOIR.
Société de Médecine légale	Dr G. CARRIER.
Société d'Obstétrique	Dr H. CHÉRON.
Société de Pédiatrie	Dr H. DE ROTHSCHILD.



Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

VINGT-SEPTIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME IX : 1899 (Janvier-Juin)

Illustré de 31 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

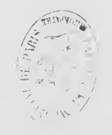
ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BOISSIER, BONNAIRE (E.), BOUTEILLIER (G.), BOUVET, CHABBERT, CHANTEMESSE, CHARCOT (J.-B.), CORNET (P.), CORNILLON (J.), DARIER, DAURIAC, DEBOVE, DUPLAY, Mme EDWARDS-PILLIET, FÉRÉ (CH.), FIAUX, GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KOENIG, LANDOUZY (L.), LIRMIN-LIPMAN, LONGUET, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MARTHA, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (CH.), MUSGRAVE-CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PAUL-BONCOUR, PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PHISALIX, PIERRET, PITRES, PLICQUE, PONCET (de Cluny), POZZI, RAMON, RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RÉGNIER (L.-R.), RELLAY, REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROUSSELET (A.), SCHWARTZ, SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER, SOREL (R.), TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TILLAUX, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.), ZABOROWSKI.

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Arthaud, Audion, Bernheim, Bilhaut, Boyer (J.), Cardamatis, Carrier, Cestan, Chéron, Clado, Dardel, Demmler Dransart (de Somain), Ducroquet, Garnier (Ch.), Hamel, Katz, De Lada-Noskowsky, Laffitte, Lemesle, Mallet, May, Merle (L.), Mouchet (A.), Petit (A.), Pouchet (G.), Proust, Quénu, Sainton (P.), Terrien, Tissier, Vaillard.





PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — A NOS LECTEURS. — CLINIQUE MÉDICALE : Tremblement héréditaire et atrophie musculaire tardive dans un cas de foyer ancien de paralysie infantile, par Cestan. — BULLETIN : Les médecins de la Préfecture de la Seine, par le Dr X. ; — L'alcoolisme, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des Sciences*, par Phisalix ; — *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet. — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE : Traitement des brûlures par l'acide picrique, par Dakhyle ; — Traitement hydrologique du diabète, par Duhourcau ; — Traitement des diarrhées par le dermatol, par Quiret ; — Consultations médicales, par Grasset ; — Le permanganate de potasse contre les fissures du mamelon, par Dombrowski ; — Le tannate d'oréxine, par Goliner ; — Traitement de l'hémoptysie, par Harrington Saimbourg ; — L'asthme des foins, par Barnhill (An. J. Noir et Rellay). — REVUE DES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES : Traitement de la blennorrhagie, par W. Anderson ; — Cathétérisme de l'uretère, par Pasteau : — Tuberculose vésicale, par Motz et Nogués ; — Neurasthénie urinaire, par Sorel ; — Calcul prostatique, par Desnos ; — Calcul de l'urètre chez l'enfant, par Reboul. — BIBLIOGRAPHIE : Végétations adénoïdes du naso-pharynx, par Bride et Turner ; — Chirurgie opératoire, par Zuckerkandl, traduit par Mouchet ; — Chirurgie du cou, par Terrier, Guillemain et Malherbe ; — L'éclampsie, par Rothrock ; — La néphrectomie, par Myles (An. par Rellay). — VARIA : La fièvre typhoïde à Reims ; — Hôpitaux dans l'antiquité, etc. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

A Nos Lecteurs

La presse médicale a subi dans ces dernières années des transformations multiples et telles que les journaux actuels sont très différents de ce qu'ils étaient il y a une vingtaine d'années. De même que dans la presse politique, le reportage tend à y jouer un rôle de plus en plus considérable. Certains s'en plaignent, estimant que les questions d'enseignement, d'assistance et d'hygiène devraient occuper dans les journaux de médecine une place plus importante. Ces critiques ne s'appliquent pas au *Progrès médical*, qui, toujours, depuis sa fondation, n'a cessé de consacrer à toutes ces questions la part qu'elles méritent. On le lui a même reproché. Nous étions convaincus que ce reproche n'était pas justifié : et nous en trouvons la preuve aujourd'hui dans la remarque à laquelle nous venons de faire allusion.

Le plan que nous avons toujours suivi peut se résumer ainsi : Travaux originaux, Bulletin sur les questions d'actualité, Compte rendu des Sociétés savantes et des Congrès, Revues spéciales, notamment sur la thérapeutique, Bibliographies, Varia, etc. Depuis longtemps aussi, le *Progrès médical* publie, en les accompagnant de portraits, des *biographies* et des *articles nécrologiques*, au fur et à mesure des événements, sur tous les hommes qui se sont acquis une réputation méritée par leurs travaux scientifiques. En outre, plus qu'aucun journal, jusque dans ces derniers temps, nous ajoutons aux mémoires originaux, parfois aux revues, des *illustrations* qui complètent avantageusement le texte. Aucun périodique médical n'en a publié davantage depuis vingt ans.

Nous commençons l'année avec une organisation nouvelle. Le champ de la Médecine s'est tellement agrandi, les spécialités se sont tellement multipliées qu'il est impossible de se tenir, en tout, au courant des progrès réalisés. C'est pourquoi nous avons été amené à constituer un **Comité de Rédaction**, pris parmi nos collaborateurs, dont chacun des membres aura plus particulièrement à s'occuper de la section des Sciences médicales dans laquelle il s'est spécialisé.

Tous donneront au *Progrès médical* des travaux originaux, des leçons, des mémoires ou des observations, et fourniront au journal, d'une façon régulière, des Revues analytiques ou des bibliographies sur la partie dont ils prennent la charge. Grâce à leur actif concours, le *Progrès médical* sera, encore plus que par le passé, un journal complet, donnant à ses lecteurs une idée exacte du mouvement des Sciences médicales.

CLINIQUE MÉDICALE

Tremblement héréditaire et atrophie musculaire tardive chez un malade porteur d'un foyer ancien de paralysie infantile ;

Par R. CESTAN, interne des hôpitaux.

De par sa texture délicate et la fragilité de ses éléments, le système nerveux plus que tout autre appareil de l'économie subit les lois de l'hérédité dans leur plus extrême rigueur, et non seulement les parents transmettent aux enfants les maladies qui les frappaient, mais ils leur lèguent aussi un terrain tout préparé pour l'éclosion de maladies nouvelles qui peuvent faire hésiter d'autant plus le diagnostic, qu'en association morbide avec des maladies héréditaires elles n'ont pas la pureté d'évolution que nous sommes habitués à leur reconnaître. Nous désirons en donner une preuve par l'histoire anatomo-clinique d'un malade observé dans le service de notre maître, le Pr Raymond.

D... Edouard, âgé de 47 ans, entre à la Salpêtrière, le 22 décembre 1894. Le malade n'a pas connu ses grands parents. Son père, somnambule et grand buveur, avait des tremblements généralisés à tout le corps et, peut-être depuis son adolescence, succomba à l'âge de 44 ans à des accidents de saturnisme. Sa mère, atteinte de *tremblements et de crises nerveuses*, mourut à

66 ans par une attaque d'apoplexie cérébrale. D... a eu deux frères ; tous les deux, atteints dès l'enfance d'un *tremblement généralisé*, furent frappés d'une attaque d'*apoplexie cérébrale mortelle.* Marié à 20 ans, il a eu huit enfants mais sept sont morts dans des *convulsions* et le huitième encore vivant, très nerveux et très impressionnable, est affligé lui aussi d'un tremblement généralisé.

D... est né à terme, il a été élevé au sein par sa mère, a marché à 9 mois, a parlé de bonne heure et prétend n'avoir jamais eu de maladie fébrile. Dès son enfance, sujet aux peurs nocturnes, il avait un tremblement généralisé et intense au point de l'empêcher d'écrire. Vers l'âge de 13 ans, D..., qui *affirme* qu'au moment de sa première communion son pied droit n'avait rien de spécial, remarqua que ce pied se déformait peu à peu et se mettait en équin. Cette déformation s'accompagnait de douleur au niveau des articulations du tarse au point que le malade s'arrêtait souvent dans ses courses et corrigeait l'équinisme du pied droit par des cales de bois qu'il introduisait dans sa chaussure, cette déformation n'avait été précédée ni de fièvre, ni de traumatisme ; le pied gauche était normal. Peu à peu la déformation s'accentuait, le mollet s'atrophiait, si bien que le malade fut exempté du service militaire. A cette époque D... était donc atteint d'un tremblement généralisé et d'un pied bot varus équin droit. Il est pris alors de crises épileptiformes avec cri initial, morsure de la langue, perte de connaissance et fatigue au réveil ; l'attaque était parfois nocturne et il s'est réveillé un matin au pied de son lit, la bouche sanglante.

Des antécédents héréditaires et personnels aussi chargés n'ont pas empêché le malade de s'adonner à la boisson, car il a présenté dès lors des signes très nets d'éthylisme, pituites, cauchemars. Il s'est pourtant maintenu dans un état de santé relativement satisfaisant jusqu'à l'âge de 48 ans ; à cette époque, il a éprouvé des douleurs dans le pied gauche jusqu'alors indemne et ce pied a commencé à son tour à se mettre en varus équin ; en outre, comme sa santé générale faiblissait et qu'il présentait les signes d'une néphrite chronique, le malade s'est décidé à se faire admettre à la Salpêtrière.

A la date du mois de janvier 1895, D..., est un homme de taille moyenne, vigoureux, âgé de 47 ans. Son état général est peu satisfaisant, car il présente les signes d'une néphrite chronique avec une grosse hypertrophie cardiaque, un bruit de galop et une quantité notable d'albumine dans les urines. Mais nous ne voulons insister que sur les symptômes nerveux qu'il présente c'est-à-dire d'une part, un état myoclonique et un tremblement, d'autre part le pied bot.

L'état myoclonique existe depuis l'enfance ; il atteint les muscles du tronc et des membres à l'exception de la face qui est indemne de toute contraction ; il consiste en contractions fibrillaires que l'on voit très nettement dans les deltoïdes et les pectoraux ; rapides, électriques en quelque sorte, ces contractions dessinent les faisceaux musculaires. Au niveau des cuisses, il existe parfois une contraction en masse du triceps qui provoque un mouvement d'élévation de la rotule. Ces contractions fibrillaires reviennent par crises plus ou moins fréquentes. Il existe, en outre, un tremblement généralisé à tout le corps, rapide, à petites oscillations, non intentionnel. De temps en temps surviennent dans les membres inférieurs des crampes très douloureuses. L'intensité de cette myoclonie est variable ; le malade peut jouir parfois d'un repos d'une semaine, alors que certains jours les contractions se succèdent sans cesse. Elles sont, en effet, exagérées par les émotions, les contrariétés, la fatigue et les excès de toute sorte. Mais à l'état ordinaire, dans une crise de moyenne intensité, les mouvements volontaires ne sont pas troublés ; le malade peut manger, travailler, se servir de ses mains comme une personne normale. L'exécution des mouvements volontaires, les différentes positions ne modifient pas l'intensité du tremblement à l'inverse du sommeil qui le fait disparaître.

Au point de vue de la motilité, il n'existe rien d'anormal dans le tronc, la face et les membres supérieurs ; les mouvements se font sans raideur et ont conservé toute leur force ; la colonne vertébrale ne présente pas de déformation, de sorte qu'on est frappé par l'équinisme des pieds, surtout du pied droit. Ce pied est, en effet, en varus équin, au point que le talon se trouve à huit centimètres du sol et qu'il y a subluxation en avant de la tête de l'astragale ; les orteils recourbés en bas forment la griffe ; la voûte plantaire est exagérée ; les masses musculaires du mollet ont presque disparu et offrent à la palpation une dureté presque fibreuse ; les mouvements actifs et passifs des orteils et du pied n'existent plus ; il est impossible de corriger l'équinisme, le tendon d'Achille formant une véritable corde fibreuse qui arrête les mouvements. Mais les mouvements de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin ont conservé leur énergie permettant la station debout et la marche. L'atrophie porte exclusivement sur le système musculaire, les os ont gardé leurs dimensions normales ; le pied est cependant un peu froid et cyanosé. Le pied gauche présente un degré d'équinisme-varus bien moins prononcé. Cette déformation a débuté l'an dernier. Les orteils ont conservé leurs mouvements et le malade peut encore corriger son équinisme, puisque dans la position verticale le malade présente simplement une cambrure exagérée du pied. Néanmoins les muscles du mollet commencent à s'atrophier ; la cuisse, au contraire, est normale.

Le mollet mesure 25 centimètres à droite, 30 centimètres à gauche ; la cuisse 49 centimètres à droite, 50 centimètres à gauche. Les réflexes rotuliens sont forts des deux côtés, sans trépidation spinale. Dans la station verticale, tandis que le pied gauche porte à plat sur le sol, le pied droit n'appuie que par le talon antérieur, le genou droit étant demi-fléchi ; la marche est par suite pénible, mais sans incoordination motrice.

Les sphincters sont intacts ; il en est de même de la sensibilité objective de tout le corps. On ne trouve ni hémi-hypoesthésie, ni point hystérogène, ni anesthésie sensorielle, ni rétrécissement du champ visuel. Les yeux ne présentent pas d'altération. Le malade se plaint de crampes douloureuses au niveau des mollets et de douleurs à caractère fulgurant qui suivent des deux côtés la face postérieure de la jambe.

Il n'y a rien de particulier à signaler du côté de l'intelligence, de la mémoire et des sentiments affectifs. En résumé, myoclonie, tremblement et pied bot varus équin, étaient les grands symptômes nerveux présentés par D... en 1896.

Cet état ne s'est pas modifié pendant l'année 1896, sauf le varus du pied gauche qui a lentement progressé. Le malade n'a pas présenté de crises épileptiformes, aussi a-t-il été impossible de déterminer exactement la nature des crises qu'il avait eues auparavant. Mais la néphrite a fait de rapides progrès ; malgré un régime lacté très sévère, l'albumine a considérablement aug-

menté et le 12 avril 1897, à onze heures du soir, sans phénomènes prémonitoires, D... est mort dans l'espace d'une heure avec tous les signes d'une hémorragie cérébrale.

Nous n'insistons pas sur l'état des reins, petits, granuleux, du cœur très hypertrophié et de l'aorte athéromateuse qui dénotaient l'existence d'une artério-sclérose prononcée.

A l'ouverture de la boîte cranienne, la dure-mère et la pie-mère ne sont pas épaissies et se détachent facilement; les circonvolutions sont normales de configuration et de consistance, mais les artères de la base portent de petites plaques blanchâtres d'artério-sclérose. Après durcissement on voit que le cerveau présente de nombreux foyers d'hémorragie; le plus volumineux, mesurant 8 centimètres de longueur, est situé en dehors du noyau lenticulaire, mais n'a pas pénétré dans la cavité ventricuïaire; les autres mesurent environ la grosseur d'une noisette et siégent au niveau du genou de la capsule interne droite, au niveau de l'écorce de la convexité de l'hémisphère droite, dans le bras postérieur de la capsule interne gauche; sur des coupes étagées la protubérance présente une dizaine de petits foyers d'hémorragie qui lui donnent un véritable aspect truffé; le bulbe et le cervelet sont normaux. Par la dissociation, nous avons constaté de nombreux anévrismes miliaires répondant à la description donnée par Charcot et Bouchard. Etudiées par les différentes méthodes de Nissl, du picro-carmin et de Weigert, les circonvolutions motrices ne nous ont pas offert d'altérations de la névroglie, des cellules pyramidales et des fibres tangentielles.

La moelle présente dans toute sa hauteur un épaississement des tractus vasculaires, mais la seule lésion importante siège au niveau de la région lombo-sacrée. Au niveau de la première paire sacrée sur une hauteur d'un demi-centimètre, la corne antérieure droite est diminuée de volume, les cellules ont disparu ou sont réduites à leur noyau entouré d'une couche protoplasmique mince, mais pourvu de grains chromatophiles bien visibles par la méthode de Nissl; la lésion intéresse surtout le groupe antéro-externe; le picro-carmin révèle une tache de sclérose qui n'empiète pas sur les faisceaux blancs et a pour centre une artère épaissie; la méthode de Weigert-Pal montre l'existence dans cette corne antérieure d'une zone décolorée, sans fibres de myéline et comme découpée à l'emporte-pièce; enfin les racines antérieures qui s'échappent de cette région sont minces, parsemées de tissu scléreux qui a remplacé les fibres nerveuses disparues.

Il s'agit donc là très vraisemblablement d'un ancien foyer de paralysie infantile. Au même niveau la corne antérieure gauche est légèrement sclérosée; les cellules du groupe externe sont moins nombreuses et plus petites que normalement, mais la méthode de Nissl ne montre pas d'altérations; les vaisseaux sont normaux et il est impossible de trouver les traces d'un ancien foyer de paralysie infantile. Les faisceaux blancs sont intacts. Les cellules motrices des autres parties de la moelle sont normales.

Les nerfs sciatiques n'ont pas présenté des lésions de dégénérescence. Tandis que les muscles des cuisses sont normaux, le triceps sural est très atteint. Du coté droit, il est remplacé par une masse fibreuse blanchâtre, qui crie sous le scalpel et renferme seulement quelques faisceaux musculaires; le triceps sural gauche est bien moins atteint. Le tendon d'Achille est fortement rétracté des deux côtés; ces articulations du tarse sont déformées et immobilisées par des brides fibreuses. Au microscope, on constate une transformation fibro-graisseuse des muscles; les fibres musculaires persistantes sont grêles mais sans traces de dégénérescence; l'acide osmique ne montre pas de granulations dans les nerfs intra-musculaires. Il s'agit en résumé d'un double pied bot varus équin de vieille date à droite, de date récente à gauche, et dont les déformations et les lésions aussi bien articulaires que musculaires ne présentent rien de particulier.

Tels sont les résultats fournis par le microscope. Examinés pour eux-mêmes ou rapprochés des signes cliniques, ils suggèrent quelques réflexions intéressantes.

En 1876, M. Dieulafoy a attiré l'attention sur l'hérédité de l'hémorragie cérébrale; notre malade vient à l'appui de cette thèse puisque lui-même, sa mère et ses deux frères sont morts par hémorragie cérébrale. On sait que si Charcot et Bouchard croient que l'anévrisme miliaire est indépendant de l'athérome et que l'hypertrophie du cœur joue un rôle très accessoire dans l'hémorragie, au contraire Zencker et Brault n'opposent pas l'athérome à l'anévrisme. Notre malade paraît venir à l'appui de cette dernière théorie par la co-existence d'une artério-sclérose très marquée et de nombreux anévrismes miliaires. En outre il existait des foyers d'hémorragie dans les deux hémisphères et la protubérance. Ne faut-il pas pour expliquer la simultanéité de ces lésions, admettre que l'hypertension artérielle, très élevée à l'état normal chez notre malade porteur d'une grosse hypertrophie cardiaque, a subi à un moment donné une forte élévation? Si l'on veut bien se rappeler que le malade a eu autrefois des attaques convulsives épileptiformes et que ses urines renfermaient une grande quantité d'albumine, on pourra supposer en toute vraisemblance que la cause occasionnelle des hémorragies multiples a été une attaque convulsive par l'élévation brusque de la pression artérielle qu'elle a provoquée.

Mais nous relevons une autre tare héréditaire chez notre malade : D... est aussi atteint d'une myoclonie et d'un tremblement héréditaire et familial, puisque nous le retrouvons chez notre malade, sa mère, ses deux frères et son fils, c'est-à-dire chez trois générations.

Quelle est donc la nature de cette myoclonie et de ce tremblement? On peut éliminer à première vue la maladie de Basedow, la paralysie agitante, la sclérose en plaques, l'ataxie héréditaire malgré l'existence du pied bot qui, disons-le immédiatement, ne présente ni les caractères cliniques ni les lésions anatomiques que l'on rencontre dans la maladie de Friedreich. Notre malade est-il donc simplement atteint de tremblement héréditaire?

Signalé par Fernet en 1872, le tremblement héréditaire est décrit par Debove et Renault (1) comme « un tremblement à oscillations rapides, nul au repos complet, très net quand les sujets étendent la main; il persiste sans s'exagérer dans les mouvements intentionnels; il peut occuper les membres, les paupières, les lèvres, la langue; il a pour siège de prédilection les membres supérieurs ». Un an après, le Pr Raymond (2) montre qu'il faut élargir ce cadre, que le tremblement peut exister au repos absolu, s'exagérer dans les mou-

(1) Société médicale des hôpitaux, 1891.
(2) Leçons à Lariboisière, 1892.

vements volontaires, qu'il peut même revêtir des formes assez différentes chez plusieurs membres d'une seule famille et que le caractère familial serait le seul caractère commun aux tremblements héréditaires.

Dans deux articles successifs et dans la thèse de M. Raynaud, M. Achard (1) apporte de nouveaux faits pour démontrer la variété d'aspect du tremblement héréditaire. Ces divers auteurs ont signalé que ce tremblement peut coexister avec d'autres troubles moteurs ou mentaux. Dana a écrit l'histoire d'une famille de trembleurs où l'on trouve deux cas d'épilepsie; M. Achard rapporte l'histoire d'une autre famille où l'on voit une femme atteinte de tremblements, mère de 9 enfants, dont 7 trembleurs, parmi lesquels la sixième présente des troubles mentaux et la septième est mère d'une fille qui, non seulement tremble, mais a des attaques d'épilepsie. Ainsi le tremblement héréditaire, trouble de la motilité, est associé à d'autres troubles moteurs souvent héréditaires, l'épilepsie.

D'autre part, depuis la première description faite par Friedreich du paramyoclonus multiplex, le cadre primitif de cette affection a été peu à peu élargi. On a reconnu que cette maladie peut revêtir des aspects très variables, que si le plus souvent elle consiste en secousses envahissant la totalité de la masse musculaire avec déplacement des segments des membres, on peut voir associées à ces contractions en masse des contractions partielles, vermiculaires ou fasciculaires, voire même que dans certains cas la maladie est constituée uniquement par des contractions fibrillaires.

Nous lisons en effet dans le Mémoire de M. Lemoine (2), les deux observations suivantes :

Felelli, serrurier, 51 ans, malade depuis 4 ans. Secousses fibrillaires arythmiques, non isochrones dans les biceps brachiaux, quadriceps crural, muscles du mollet. Elles augmentent par les excitations périphériques, cessent sous l'action de la volonté. Exagération du réflexe rotulien. Amélioration par la galvanisation.

Kny, paysan, 28 ans. Coup de limon dans l'aine et huit jours après secousses douloureuses aux deux mollets. Contractions fibrillaires dans les mollets, moins marquées aux membres supérieurs. Symétrie des muscles atteints. Prédominance à droite. Réflexes rotuliens exagérés. Guérison.

Si le paramyoclonus survient presque toujours brusquement, à la suite d'une émotion, il n'en est pas moins vrai que Bennet a rapporté un cas congénital, « femme de 14 ans, malade depuis son enfance avec spasmes toniques occupant les muscles du visage et les membres », et que dans un certain nombre d'observations se trouvent notées chez les ascendants des névroses d'ordre convulsif, hystérie ou épilepsie.

« Je vous ai dit que la myoclonie a été observée en tant que maladie familiale et congénitale, associée à des attaques d'épilepsie, c'est-à-dire à des accidents convulsifs dont l'origine corticale est indiscutable. Je vous ai dit que d'autres fois elle était associée à des tremblements, à des mouvements d'athétose, à de l'hémi-anesthésie, c'est-à-dire à des manifestations dont l'origine corticale ou sous-corticale est à peu près certaine (3). »

Nous croyons que tous ces faits jettent un jour suffisant sur notre malade. Non seulement D..... tremble, mais encore il a des contractions fibrillaires parfois suffisantes pour amener l'élévation de la rotule; ces contractions sont influencées par le froid et les émotions; elles ne troublent pas l'exécution des actes volontaires. Aussi sans prétendre que D... présente le tableau classique du paramyoclonus, nous croyons cependant qu'il doit rentrer dans le groupe des myoclonies au même titre que le paramyoclonus. Nous insistons sur la coexistence du tremblement héréditaire suivi dans trois générations, sur l'importance du terrain névropathique puisque D... a des crises épileptiformes, que sa mère avait des crises convulsives et que sept de ses enfants sont morts dans des convulsions. Ce cas nous paraît établir qu'il faut rapporter à une origine corticale ces troubles moteurs héréditaires associés chez notre malade, crises convulsives, tremblement, contractions fibrillaires, secousses musculaires du triceps. Mais dans l'état actuel de nos connaissances sur l'histologie et la physiologie du cerveau on ne peut dire le substratum anatomique de ces troubles moteurs; les méthodes de Nissl et de Weigert-Pal, la coloration par l'hématéine et le picro-carmin ne nous ont pas montré de modification ni dans les circonvolutions motrices, ni dans le faisceau moteur, ni dans la corne antérieure de la moelle, exception faite de la lésion observée dans la région lombaire, foyer de myélite qui a été la cause du pied bot, auquel nous voulons consacrer quelques lignes.

Le microscope nous a montré dans la corne antérieure droite de la région sacrée, l'existence d'un vieux foyer de paralysie infantile avec disparition ou atrophie extrême des cellules motrices. Cependant la maladie n'a pas évolué comme une paralysie infantile; le malade a vu son pied droit se déformer lentement vers l'âge de 10 ans et cette déformation n'a été précédée ni de fièvre, ni de paralysie; en outre, bien que la lésion ait apparu au moment de la naissance, le système osseux ne présente pas d'arrêt de développement.

Dans la paralysie infantile typique, on note au contraire un début fébrile, une phase paralytique précédant soit le retour de la fonction, soit l'atrophie musculaire et un arrêt segmentaire dans le développement du système osseux. Pourrait-on croire à la reprise d'un ancien foyer développé dans la première enfance?

Le malade a eu des convulsions; le microscope nous a montré dans la tache scléreuse l'existence de cellules motrices, très petites, comme étouffées par le tissu névroglique et l'existence de ces cellules nous paraît démontrer qu'il ne s'agit pas ici simplement d'un ancien foyer de myélite aigu qui aurait dû détruire les cellules motrices; on peut supposer qu'il existait un foyer ancien de paralysie infantile, dont l'intensité s'est réveillée vers l'âge de 10 ans, amenant progressivement l'atrophie de la corne droite. La cause du pied bot du côté gauche nous paraît être d'un autre ordre. Depuis les travaux de Ballet et Dutil, puis de Bernheim, on connaît fort bien les atrophies musculaires se développant chez des sujets atteints autrefois de paralysie infantile, atrophie qui peut affecter une marche rapide ou chronique, atteindre le membre correspondant au membre atteint et situé du coté opposé, ou les membres situés à distance. Notre malade a du coté droit, dans la région sacrée, un foyer de paralysie infantile. Ce n'est qu'à l'age de 46 ans, 36 ans par suite après l'apparition du pied bot droit, qu'apparaît du côté gauche un pied bot varus équin, tandis que les membres supérieurs conservaient toute leur force. Le microscope nous a montré une légère diminution du nombre et du volume des cellules motrices du coté gauche, mais l'absence de lésions des vaisseaux et d'un ancien foyer de paralysie infantile. L'atrophie musculaire du coté gauche

(1) *Médecine moderne*, 1894; *Gazette hebdomadaire*, 1897.
(2) *Revue de medecine*, 1889.
(3) Raymond. — Leçons de la Salpêtrière 1re série.

est-elle donc sous la dépendance du foyer de paralysie infantile constaté à droite? Faut-il croire qu'il existait du côté gauche un foyer ancien trop minime pour être découvert sans une étude en série de la moelle lombo-sacrée et que ce foyer était à l'état de réveil lorsque le malade a été emporté par l'hémorragie cérébrale? La question est difficile à résoudre; notre malade avait un système moteur héréditairement prédisposé, à preuve les attaques convulsives et le tremblement que nous avons pu suivre pendant trois générations, et cette prédisposition a permis la formation d'un foyer de paralysie infantile du côté droit et plus tard une atrophie musculaire du côté gauche, la paralysie infantile localisant l'atrophie dans la région qu'elle avait primitivement lésée; enfin, au point de vue clinique, nous ferons remarquer combien sur un terrain préparé héréditairement peuvent se greffer des maladies nouvelles et combien, dans ces associations morbides, la maladie acquise peut perdre la pureté de sa physionomie clinique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins de la Préfecture de la Seine.

Dans un excellent Bulletin (1), *sur le traitement des maladies à domicile dans les Bureaux de bienfaisance de Paris*, notre ami le Dr Noir, fait une allusion incidente à une toute nouvelle (2) délibération municipale, relative aux divers services médicaux, ressortissant à la Préfecture de la Seine. Nous nous proposons ici de conclure, au point de vue de certaines « libéralités » restrictives du Conseil municipal, dans le même sens que le secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, en apportant toutefois certains éclaircissements auxquels on voudra bien reconnaître quelque raison d'authenticité.

D'abord on ne vient pas de « créer » 11 emplois nouveaux, mais de réorganiser sous une dénomination nouvelle et après une deuxième délibération (3), 15 services médicaux qui fonctionnaient jusqu'ici dans des conditions plus ou moins illogiques et disparates. Ce simple énoncé met de suite en relief cette première conséquence : *suppression de quatre emplois*, entraînant la pure et simple mise à pied de trois médecins attachés par un service quelconque à la Préfecture de la Seine. Sans rechercher si les 11 emplois maintenus sont « bien moins indispensables » que ceux de médecins des Bureaux de bienfaisance, il semble sage d'admettre à *priori*, au moins à titre transactionnel, que les uns et les autres sont indispensables, puisque la Préfecture de la Seine, elle, compte 12.000 employés ou agents de tout ordre (4), pour lesquels il faut bien un service de traitement ou de contrôle. Et si par voie d'analyse nous apprécions l'un des services médicaux les plus importants parmi ceux qu'on réorganise, il est bien facile d'établir par des faits que le poste de médecin de l'octroi n'est pas une sinécure, au moins pour une des circonscriptions que nous connaissons le mieux.

(1) *Progrès médical*, 31 décembre 1898.
(2) Séance du 26 décembre 1898.
(3) Le projet actuel de M. Grébauval, est un amendement à une première délibération votée en décembre 1897, laquelle ne reçut pas d'application, pour cause de grosses difficultés pratiques.
(4) Rapport général du budget pour 1899, p. 120.

C'est ainsi que le XIIIe et le XIVe arrondissements forment ensemble un circuit médical, où le médecin préposé doit *traiter à domicile* tous les employés qui le demandent. Un confrère saisira les difficultés pratiques qui se présentent, quand seulement deux malades réclament des soins l'un et l'autre aux confins opposés des deux arrondissements (1); si bien qu'il nous paraît préférable de soigner à domicile un nombre bien plus grand d'indigents, dans un périmètre incomparablement plus restreint. De plus, il faut recevoir tous les jours, à heure fixe, à son cabinet de consultation (2), tous les employés qui se présentent, qu'ils aient interrompu ou non leur service; et nous savons que pour les arrondissements sus désignés, le chiffre des consultations pour 1898 s'est élevé à environ 2.500, ce qui, joint aux visites à domicile, donne un taux de 0 fr. 70 centimes, sans déduction des frais personnels (circulation, local) (3).

Si, par comparaison, les huit circonscriptions médicales de l'octroi se trouvent sur le même pied de fâcheuse égalité (ce que nous ne savons pas), on voudra bien reconnaître qu'au moins certains services médicaux de la Préfecture de la Seine ont un caractère, qui d'agréable qu'il a peut-être été jadis, est devenu de nos temps, du fait de l'augmentation du personnel à traiter ou à contrôler, particulièrement méritoire.

Eh! bien, ce sont ces services déjà convenablement chargés, qui, par la nouvelle réorganisation, et en attendant la suppression (Fée récalcitrante) totale des octrois, vont être grossis du personnel des services supprimés (4). De plus, les indemnités allouées aux « médecins de la Préfecture de la Seine » sont sensiblement réduites, et sans respect, quant à l'instant du moins, pour certaines grosses situations qui reposent sur des droits acquis. Enfin, le médecin en chef de la Préfecture de la Seine a une besogne considérable, qui a grossi de beaucoup dans ces dernières années, et semble réclamer impérieusement le secours d'un médecin adjoint rétribué : malgré l'administration préfectorale, satisfaction n'a pu encore être obtenue.

Après ces considérations que nous aurions pu développer avec maints détails, nous concluons avec le Dr Noir, que le Conseil municipal de Paris « ne paraît pas marcher dans la voie libérale que lui trace M. Brard». Et s'il faut tirer la philosophie de cette situation quasi-permanente qui veut que les médecins soient presque toujours les victimes d'expiation de l'esprit d'économie, c'est que certaines questions de pratique médicale sont, à l'Hôtel de Ville, indifférentes ou inconnues. Non pas que nos édiles ne soient remplis de bon vouloir, mais c'est question d'espèce : nos revendications même les plus légitimes pèsent peu dans la balance municipale, elles sont subordonnées ou parfois sacrifiées à des questions plus organiques ou palpitantes. Et puis, avons-nous toujours au Conseil municipal aussi

(1) Et les employés d'octroi demeurent, pour la plupart, au voisinage de leur service périphérique.
(2) Ce qui offre certains inconvénients au point de vue des exigences de la clientèle particulière.
(3) L'indemnité actuelle est de 1.800 francs.
(4) Services du personnel enseignant, des cimetières, canaux, voie publique, etc.

bien qu'au Parlement, des défenseurs *en action?* Ceux des médecins-mandataires qui nous sont dévoués, sont suspects dans les milieux délibératif et législatif, et pour les choses médicales : on les soupçonne d'être « du bâtiment », et de parler de parti pris, au nom du bâtiment. Nos médecins-mandataires ont-ils toujours la force dans le caractère et la constance dans la volonté, pour vaincre cette prévention? D^r X.

L'Alcoolisme.

Sous ce titre, l'*Autorité* du 30 décembre a très bien résumé la situation de notre pays au point de vue de l'accroissement de l'alcoolisme et de ses désastreux effets.

« On parle un jour de l'alcoolisme, puis on n'y pense plus. Mais le terrible fléau n'en poursuit pas moins ses ravages occultes et silencieux... D'après les chiffres officiels, le département de la Seine comptait, en 1867, 7.805 aliénés ; en 1896, il en a 21.700. En trente ans, le nombre des aliénés de Paris et de sa banlieue a triplé.

« A quoi faut-il attribuer cette progression effrayante? Plusieurs causes sans doute y ont concouru ; mais, en général, les médecins sont d'accord pour dire que la principale et la plus féconde ce sont les *habitudes d'alcoolismes* qui se sont répandues et la *mauvaise qualité* des eaux-de-vie industrielles entrées si largement, depuis trente ans, dans la consommation publique.

« Et il ne faut pas s'imaginer que cette augmentation du nombre des déments soit propre à la région de Paris. Presque tous les départements se plaignent de l'insuffisance de leurs asiles. Si l'on songe, d'autre part, que les alcooliques forment le plus gros bataillon de l'armée du vice, de la misère et du crime, on ne peut s'empêcher de penser que nous sommes en présence d'un véritable danger national et l'on ne comprend guère l'insouciance du Parlement et des pouvoirs publics ou plutôt leur *complaisance envers les débitants du poison* dont nous sommes menacés de mourir.

« Autour de nous, tous les autres peuples luttent énergiquement pour se préserver du fléau. Leur climat en garde les Italiens; la Suisse, à force d'énergie et par la loi sur le monopole de l'alcool, a réussi à enrayer et même à faire beaucoup reculer le mal. La Belgique lutte avec avantage. La Norvège, qui était plus malade que nous, est parvenue à se guérir. L'Angleterre a diminué sa consommation d'alcool de moitié en dégrevant complètement le sucre et le thé.

« En France, pendant ce temps, on a vu toutes les grandes puissances du jour conspirer en sens contraire. Le sucre, le thé et le café restent grevés d'impôts pour plaire à quelques grosses industries. L'Etat favorise la consommation de l'alcool pour en retirer plus d'argent et nombre de députés favorisent les marchands de vins, qui les soutiennent à leur tour. »

Oui, il est parfaitement exact que les habitudes alcooliques et la mauvaise qualité des eaux-de-vie, des absinthes et d'autres agents dits apéritifs contribuent à produire un grand nombre d'aliénés. Ce n'est pas tout, du reste. Ces alcooliques engendrent des enfants qui, eux, sont à un moment donné atteints de maladies nerveuses et qu'il faut hospitaliser. D'autres, sous l'influence de l'hérédité, sont frappés au point de vue moral, sont instables, pervers, impulsifs et quoique le plus souvent malades, en réalité, vont peupler les maisons de correction et les prisons.

L'auteur de l'article signale, comme nous l'avons fait bien des fois, l'indifférence des législateurs et de l'Administration. Nous ne cesserons donc de réclamer une application rigoureuse de la loi sur l'ivresse, l'application sévère des lois et règlements relatifs aux falsifications alimentaires. Il importe aussi que tous les médecins, dans l'intérêt de notre pays, montrent les graves conséquences de l'alcoolisme et sur l'individu et sur sa progéniture. Il faut que les députés aient le courage de ne pas continuer à favoriser les marchands de vins, et que, faisant leur devoir, ils placent la santé du peuple, l'avenir du pays, au-dessus de leurs intérêts électoraux. La presse, elle aussi, a un devoir à remplir : à côté des articles où elle combat l'alcoolisme, il ne faudrait pas qu'elle insère, sous le titre : *Féminisme*, des réclames dans lesquelles elle recommande aux femmes de prétendus cordiaux ou apéritifs qui ne sont que des boissons très fortement alcoolisées (1). BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1898.

Quelques particularités de l'élasticité du muscle expliquées par la comparaison du cas de la substance musculaire en action avec celui des matières inertes.

Comme cela a été démontré dans une note antérieure (V. *Progrès* du 24 décembre), le coefficient d'élasticité du muscle, c'est-à-dire sa résistance à l'allongement, augmente en raison même de la charge qu'il soutient. Quand un muscle est contracté pour supporter une certaine charge, 250 grammes par exemple, il a acquis une élasticité de contraction pour cette charge, élasticité qui est la même tant qu'il supporte cette charge. Si au lieu de 250 grammes, le muscle en soutient 500, son élasticité est double, et il se raccourcit moitié moins quand on exerce sur lui la même traction que dans le premier cas. Mais si, pendant que le muscle soutient une charge de 250 gr. par exemple, on exerce sur lui une traction *brusque et instantanée*, en ajoutant un poids qu'on retire aussitôt, l'allongement est proportionnel à la surcharge ; il sera deux fois plus grand pour 500 grammes que pour 250, et cependant le poids total supporté, 750 grammes, est triple du premier. Cette contradiction apparente tient à ce que le muscle surpris brusquement par la surcharge n'a pas eu le temps de réagir, le réflexe qui modifie l'état de contraction du muscle pour l'adapter au poids supporté ne s'est pas encore produit. Aussi, dans ce cas, le muscle se comporte absolument comme une tige élastique inerte : *les allongements sont proportionnels aux charges qui les provoquent*. Ce sont les modifications provoquées dans le muscle par la variabilité de l'élasticité fonctionnelle qui ont permis à M. CHAUVEAU d'expliquer les différences constatées dans les lois qui régissent le muscle et les corps inertes, en particulier le caoutchouc. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 décembre 1898. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr BOUCHARD.

M. DEJERINE a vérifié, par des coupes microscopiques sériées, ce que Charcot avait constaté, que dans l'hémianesthésie de cause centrale, la lésion siège dans la capsule interne, mais que la couche optique dans ces cas est touchée ; d'autres fois, c'est la partie externe du thalamus qui est lésée.

MM. CHARRIN et LEVADITI continuant les études sur la

(1) Voir les notes que nous publions presque tous les mois dans les *Archives de Neurologie*, le compte rendu du Congrès des Aliénistes de Clermont-Ferrand, en 1894, et *Progrès médical*, passim.

maladie pyocyanique ont observé l'influence du terrain suivant qu'il est inoculé avec des acides ou avec des alcalins. Les lapins alcalinisés résistent; ceux soumis aux injections acides voient leur résistance diminuée: dans un cas de méningite ainsi provoquée, dans la moelle, au niveau des foyers hémorragiques, on a observé des bacilles pyocyaniques virulents.

MM. GILBERT et GRENET ont étudié le volume du foie dans la pneumonie lobaire sur 38 adultes, 6 enfants et 8 vieillards. Dans 20 pneumonies adultes, le foie ne débordait pas les fausses côtes; dans 10 cas, il y avait légère augmentation, et dans les 8 derniers, le foie était nettement hypertrophié; chez les enfants l'hypertrophie fut constante; l'hépatomégalie manqua chez tous les vieillards. L'autopsie ne montra de lésions que chez ceux où l'hépatomégalie était marquée, et chez ceux-ci il s'agissait des lésions d'infection.

MM. GILBERT et WEIL ont observé trois cas de *leucémie aiguë* ayant évolué en trois mois, en cinq semaines et en quinze jours. L'un affecta les allures d'une stomatite infectieuse, l'autre simulait un purpura infectieux; le diagnostic ne se fait que par l'examen du sang où l'on retrouve la formule de Frænkel : diminution des hématies et augmentation de leur valeur globulaire; accroissement du nombre des leucocytes mononucléaires. Il n'y a pas de leucocytes à granulations basophiles ou neutrophiles. En somme il s'agit de leucémie à type très général qu'il y a intérêt à savoir distinguer.

M. DOMINICI a examiné, chez une femme ayant subi la *splénectomie*, le sang au cours d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. Il y a constaté la présence d'un grand nombre d'hématies nucléées et de cellules basophiles dérivant de la moelle des os. Sous l'influence de la splénectomie et de la tuberculose, il s'est créé un syndrome hématologique rappelant l'anémie infantile pseudo-leucémique.

MM. SERGENT et BERNARD ont étudié un malade qui succomba à une affection ressemblant à un empoisonnement aigu, et à l'autopsie la seule lésion fut une *caséification totale des capsules surrénales*. Ce cas se différencie cliniquement d'une façon très nette de la maladie d'Addison classique.

MM. CHARRIN et GUINARD confirment que la mort du fœtus suffit à arrêter les échanges du fœtus à la mère.

M. LÉPINOIS fait un travail où il démontre qu'il n'y a pas de véritables ferments oxydants de la glande thyroïde: ces ferments n'agissent comme oxydants qu'après leur mise au contact d'eau oxygénée.

M. BOUCHARD, pour M. NICOLLE (de Rouen), lit une note où celui-ci a essayé le séro-diagnostic au cours d'une petite épidémie de psittacose. E. P.

Séance du 31 *décembre* 1898. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr BOUCHARD.

M. HAYEM a ajouté aux trois cas de *leucémie* publiés par MM. GILBERT et WEIL l'observation d'une jeune femme de 30 ans, enceinte, qui succomba à une maladie hémorragique. Le sang présenta une leucocytose prononcée, diminution des globules rouges, disparition des hématoblastes apparition d'hématies nucléées. Mort par anémie sans augmentation de température.

M. HAYEM insiste sur l'importance du rôle des *hématoblastes* dans les processus de rénovation sanguine. La moelle osseuse ne fournit pas seulement le globule blanc et le globule rouge nucléé. Des recherches entreprises avec Luzet, il suit que les hématoblastes se transforment en hématies.

M. LABORDE fait une importante communication sur l'*épilepsie expérimentale et la sympathectomie*. Poursuivant ses études expérimentales de la section du sympathique, partielle ou plus ou moins totale sympathectomie dans le traitement de l'épilepsie, il apporte de nouveaux faits. En premier lieu il s'était agi de résection du cordon sympathique cervical, chez le cobaye, soit préventivement avant la détermination pathogène de l'épilepsie, soit consécutivement dans un but curatif. Dans les deux cas, les accès épileptiques n'ont pas été sensiblement modifiés par l'intervention opératoire. Chez le premier sujet opéré (datant de 8 mois), les accès provoqués par l'excitation de la zone épileptogène persistent du côté où a été pratiquée la résection du sympathique. Ces accès moindres qu'au début vont en décroissant grâce sans doute à la réparation de la lésion pathogène (section du sciatique). Les nouveaux cas présentés ont trait à la *suppression totale du cordon cervical sympathique avec ses trois ganglions supérieur, moyen et inférieur*, réalisée soit avant soit après création de la zone épileptogène.

Chez un sujet où l'épilepsie a été provoquée par hémisection de la moelle épinière, et donne des accès qui vont en augmentant d'intensité, il y a eu sympathectomie totale du cordon cervical avec ses ganglions. Laissant de côté les phénomènes liés à cette lésion, l'action sur les accès a été que ceux-ci sont des plus violents depuis l'opération; ces accès se reproduisent de façon subintrante et presque sans rémission, au moindre attouchement. Il est en *état de mal* continuel avec imminence incessante et réalisation des plus fréquentes des accès d'une intensité et d'une violence exceptionnelles.

Chez un deuxième où la sympathectomie totale du cordon cervical avec les ganglions fut préventive, l'accès se caractérise très nettement et en s'aggravant. L'opération pratiquée chez une femelle amena l'avortement.

Enfin chez un troisième sujet où l'épilepsie est provoquée par la résection du nerf sciatique, il se propose de faire l'ablation du ganglion cervical supérieur seul. Les conséquences cliniques découlent d'elles-mêmes de ces faits expérimentaux.

M. DÉJERINE s'élève très vivement contre la resection du sympathique chez les épileptiques. Chez une fillette de son service qui avait une épilepsie partielle, on observe, après résection du sympathique, douze accès par jour.

M. CHARRIN estime que l'épilepsie artificielle peut être produite par des poisons et des toxines microbiennes.

M. WEINBERG a, au moyen du sérum de Marmorek, immunisé des lapins contre un streptocoque.

M. MALLARD (de Nancy) étudie le rôle joué par l'ionisation sur les phénomènes vitaux. E. P.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr J. NOIR.

I. — Contribution critique à l'étude du traitement des brûlures spécialement par l'acide picrique; par DAKHYLE. 2e édition. (Ollier Henry, éditeur.

I. — M. Dakhyle fait remarquer que deux traitements peuvent être recommandés contre les brûlures : le traitement antiseptique dont Mme Nageotte a minutieusement exposé la technique dans sa thèse, et le traitement kératoplastique qui hâte la cicatrisation par l'application de topiques.

De tous les topiques kératoplastiques l'acide picrique peut être considéré comme le meilleur. Il ne produit des accidents toxiques que chez les enfants et est inoffensif chez l'adulte. L'application de l'acide picrique est indiquée dans les brulures superficielles jusqu'au troisième degré; elle est contre-indiquée dans les brûlures profondes, anciennes et suppurées et chez les jeunes enfants. La technique du pansement picriqué doit être minutieusement suivie. Elle consiste en nettoyage antiseptique préliminaire de la brulure avec conservation de l'épiderme, en bain picrique, pansement à la solution picriquée à 1 0/0, renouvellement très rare de ce pansement, ablation très soigneuse du pansement faite avec le plus de soins possibles pour éviter d'enlever l'épiderme Quand les brûlures sont très superficielles et notamment à la face, on obtient parfois des guérisons merveilleuses avec de simples badigeonnages à l'éther ou à l'alcool saturés d'acide picrique. Dans les brulures anciennes qui suppurent l'on peut associer à l'acide picrique l'iodoforme, le thyol et l'ichthyol. Le pansement picriqué paraît favoriser la réussite des greffes dermo-épidermiques selon la méthode d'Ollier-Thiersch. L'on peut encore

appliquer avec succès l'acide picrique au pansement des brûlures par les caustiques et plus particulièrement par le vitriol.

II. — Le diabète sucré et son traitement hydrologique; par le Dr Duhourcau. (O. Doin, édit., 1898.)

II. — M. Duhourcau fait une étude très minutieuse du traitement hydrologique du diabète, dont nous allons résumer les conclusions.

Le traitement hydrominéral est indiqué dans le diabète sucré comme dans toutes les maladies qui résultent de la lésion de la nutrition. M. Duhourcau admet quatre formes de diabète sucré :

1° Le diabète constitutionnel ou arthritique; 2° le diabète accidentel et passager, désigné par certains auteurs sous les noms de diabète hépatique ou de diabète gras; 3° le diabète nerveux; 4° le diabète malin, progressif, appelé par certains auteurs diabète maigre ou diabète pancréatique. Le traitement hydrominéral donne de très bons résultats dans les deux premières formes du diabète. Des pratiques hydrobalnéaires convenablement réglées et choisies, peuvent être encore utiles dans le diabète nerveux; pour le diabète grave, diabète maigre ou pancréatique, l'action des eaux minérales n'est pas encore nettement prouvée.

Le diabète arthritique, avec azoturie, à oxydation exagérées relèvera des eaux alcalines (Vichy, Vals, le Boulou, etc.). Carlsbad pourra être conseillé, après les précédentes, aux diabétiques obèses. Toutes ces eaux sont contre-indiquées chez les diabétiques affaiblis ou neurasthéniques.

Les eaux de Pougues, d'Evian, de Sail, de Mauhourat conviendront aux diabétiques goutteux, dyspeptiques, et dans certains diabètes maigres d'herpétisme.

Les diabétiques arthritiques et goutteux uricémiques et graveleux devront aller à Contrexéville, Vittel, Remoncourt, Capvern, etc., et s'ils sont plus nerveux, à Bagnères-de-Bigorre, Néris, Dax, etc. Si le diabétique arthritique a des oxydations abaissées, s'il est polydipsique, on lui conseillera Evian et le Neubourg. Est-il fatigué, anémique au voisinage de la cachexie, on lui conseillera La Bourboule, Royat ou les eaux ferrugineuses, légèrement alcalines. Quelques diabétiques maigres se trouveront bien de Royat et d'Ems. Les affaiblis, lymphatiques, scrofuleux iront dans les stations chlorurées sodiques comme Brides et Chatelguyon, ou aux eaux chlorurées sodiques sulfureuses, comme Uriage. Si le diabète se complique de manifestations broncho-pulmonaires avec dénutrition, on préférera le Mont-Dore ou La Bourboule. Si le catarrhe et l'atonie dominent, on conseillera Saint-Honoré, s'il y a des troubles dyspeptiques et gastralgiques, on recommandera Mauhourat et Cauterets. Enfin, chez les herpétiques, Cauterets, Saint-Sauveur, Luchon auront la préférence et l'on pourrait y ajouter les eaux espagnoles de Mandariz et de Marmolejo.

Après d'intéressants détails, accompagnés de gravures sur les villes d'eaux, pouvant être utiles aux diabétiques, l'auteur termine en faisant remarquer que la France est le pays où la gamme des eaux pour le traitement du diabète est la plus complète et la plus variée.

III. — Traitement des diarrhées non infectieuses par le dermatol; par M. le Dr Quiret (in *Echo médical du Nord*, mai 1898).

III. — M. Quiret a expérimenté le dermatol dans les diarrhées séreuses qui ne paraissaient pas de nature infectieuse. Le médicament a donné de bons résultats et est bien supporté puisque M. Quiret a pu en faire absorber, en quinze jours, 50 grammes au même malade sans observer d'accidents toxiques. Les bons effets obtenus par l'usage du dermatol dans les diarrhées ne sauraient nous surprendre, étant donné que ce sel est un sous-gallate de bismuth et que l'acide gallique et le bismuth sont tous deux doués de propriétés astringentes bien connues.

IV. — Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, par le Pr J. Grasset. 5e édition. (C. Coulet, à Montpellier, et Masson et Cie, à Paris, édit. 1898).

IV. — Les éditions qui se succèdent avec rapidité prouvent jusqu'à quel point les médecins praticiens apprécient les consultations médicales de M. Grasset. Chaque nouvelle édition conserve les qualités fondamentales des précédentes et cependant, dans chacune, on constate une heureuse innovation. Dans une des dernières, M. Grasset avait eu l'heureuse idée de publier un Code succinct de déontologie, dont la lecture est indispensable à tout jeune médecin qui désire exercer avec correction et conserver de bonnes relations avec ses confrères; dans la cinquième édition M. Grasset, se souvenant qu'il est professeur de clinique, donne en quelques pages le schéma de l'examen complet d'un malade. Il nous est impossible d'analyser ce livre qui tire toute sa valeur de sa grande précision et de son petit volume. Son éloge, à l'heure actuelle, n'est plus à faire et nous pouvons affirmer qu'il n'est pas encore près de sa dernière édition.

V. — Le permanganate de potasse contre les fissures du mamelon; par Dombrowski (in *Semaine médicale*).

V. — M. Dombrowski conseille de traiter les fissures du mamelon, si douloureuses chez les nourrices, par des badigeonnages répétés 3 ou 4 fois par jour avec une solution de permanganate de potasse à 2 ou 5 0/0. La guérison des fissures aurait lieu en moins de huit jours. Au début de ce traitement la malade ressent une cuisson qui ne tarde pas à s'atténuer et à disparaître. L'allaitement n'est pas empêché par ce traitement, mais l'on devra, avant chaque tétée, laver soigneusement à l'eau bouillie tiède le bout du sein que l'on fera passer au travers d'un orifice percé dans une compresse recouverte de toile imperméable qui protégera le reste de la région.

VI. — De l'action du tannate d'orexine; par Goliner (in *Allgm. medic. Centr. Zeit.*, 1898).

VI. — Dans la tuberculose et dans toutes les maladies où l'anorexie est nuisible et où il faut surtout tâcher de suralimenter le malade, le tannate d'orexine peut rendre les plus grands services. Goliner l'administre soit en poudre, soit incorporé à des tablettes de chocolat. Il l'administre à la dose de 0 gr. 50, deux heures avant les deux repas principaux de la journée. Les résultats seraient rapides et se manifesteraient surtout chez les convalescents d'une affection pulmonaire ou pleurale et chez les tuberculeux. J. Noir.

VII. — Traitement de l'hémoptysie; par M. Harrington-Saimbourg. (*Treatment*, 14 avril 1898.)

VII. — L'auteur étudie la pathogénie des hémoptysies qui se produisent au cours de la tuberculose et indique les moyens thérapeutiques qu'il convient de leur opposer.

Les hémoptysies tuberculeuses sont produites par un mécanisme très différent suivant l'époque de la maladie à laquelle elles se montrent. L'hémoptysie peut apparaître au début de la tuberculose, dont elle constitue le symptôme initial; c'est la phtisie *ab hemoptæ*. D'autres fois, elle constitue un incident au cours d'une bacillose et revêt alors des caractères très variables dans sa marche et son importance : on peut observer des hémoptysies très abondantes, récidivantes, qui entraînent une anémie profonde.

Les hémoptysies du début sont d'origine capillaire et résultent de lésions minimes. Mais malgré l'apparence insignifiante des lésions qui leur donnent naissance, il faut savoir que ces hémoptysies du début peuvent avoir un caractère très grave. Les hémoptysies qui se produisent au cours de la bacillose, résultent de l'ulcération d'un assez gros vaisseau.

Pour combattre une hémorragie, trois moyens sont à employer : aller au point qui saigne; diminuer la pression sanguine; modifier l'état du sang qui est en cause.

Dans l'espèce, le premier moyen est impraticable, le poumon n'étant pas accessible à une hémostase directe. Pour réaliser les autres indications, il convient de soumettre le malade à un repos absolu; il faut chercher surtout à obtenir le repos des poumons, en défendant au malade de parler et en calmant l'opiniâtreté de la toux au moyen de préparations opiacées : les injections sous-cutanées de morphine constituent le procédé le plus efficace. Il faut aussi agir sur l'intestin au moyen de laxatifs.

Est-il possible d'agir indirectement, par voie réflexe, sur les vaisseaux du poumon?

Les applications locales froides (glace) ou chaudes (linges très chauds) ont une action certaine sur la circulation pulmonaire: ces deux agents thermiques opposés semblent avoir une action analogue, si bien qu'on peut recourir à l'un ou à l'autre. Pour être efficaces, il faut que ces applications froides ou chaudes soient intermittentes.

Parmi les médicaments vasculaires, il convient de faire une distinction, basée sur leur action physiologique.

Les uns, comme l'ergot de seigle et la digitale, resserrent les artérioles et élèvent la pression sanguine; les autres, comme l'aconit, dilatent les artérioles et abaissent la pression. Ces deux modes d'action différents trouvent leurs indications : L'hémorragie est-elle de source capillaire, il convient alors d'employer l'ergot et la digitale, qui resserrent les capillaires; le sang vient-il d'un gros vaisseau, l'usage de ces mêmes substances serait alors irrationnel, car le vaisseau, en raison de son volume, échapperait à leur action vaso-constrictive et l'hémorragie ne ferait qu'augmenter par le fait de l'élévation de la tension sanguine.

Ceci indique la nécessité de faire un diagnostic étiologique complet en présence d'un cas donné d'hémoptysie. L'ergot doit être proscrit dans le cas d'hémoptysie abondante survenant au cours d'une bacillose bien déclarée. Il convient, au contraire, dans l'hémoptysie du début. On donnera alors l'ergotine en injections sous-cutanées. La saignée est parfois utile.

On a proposé l'emploi du chlorure de calcium (Wright), dans l'idée que ce sel aurait pour effet d'augmenter le pouvoir coagulant du sang, mais ce procédé n'est pas entré dans la pratique.

VIII. — L'Asthme des foins; ses causes et son traitement; par BARNHILL. (*Medicine Detroit*, août 1898.)

VIII. — On admet aujourd'hui trois ordres de causes nécessaires à la production de l'asthme des foins : 1° l'influence de quelque agent irritant sur la muqueuse nasale, sur la conjonctive ou sur la rétine, constituant le point de départ du réflexe qui se traduit par l'accès d'asthme ; 2° une altération des cavités nasales; 3° un état de prédisposition ou d'irritabilité nerveuse.

L'influence du premier facteur (pollen de certaines plantes, émanations de certains animaux, rayons d'une vive lumière) est bien connue. On reconnaît aujourd'hui l'importance du second facteur, c'est-à-dire l'existence de lésions nasales. C'est sur ce point qu'insiste particulièrement l'auteur. Ces lésions lui ont paru constantes et il a constaté leur présence non seulement aux périodes aiguës du mal, mais aussi dans l'intervalle des attaques. Ses examens ont porté sur vingt sujets. Tous présentaient une affection nasale, non seulement constatée par l'examen rhinoscopique, mais donnant lieu à des symptômes fonctionnels, accusés par les malades, tels que enchifrènement, sécrétions pathologiques, obstruction nasale, toux.

L'auteur constata les lésions suivantes : dans 4 cas. des polypes; dans les 14 autres cas, une hypertrophie considérable des cornets moyen et inférieur. Dans 8 de ces derniers cas, il existait en outre une saillie de la cloison médiane. C'est donc là une lésion fréquente et l'auteur lui fait jouer un rôle important dans la pathogénie des accidents. C'est elle en effet qui donne lieu à ces plaques d'hyperesthésie, constatées par tous les auteurs, dont l'attouchement donne lieu aux accès d'asthme. L'hyperesthésie qui règne en ces points tient, non pas à la présence d'une tumeur elle-même, mais au contact qui s'établit entre deux surfaces muqueuses opposées, par le fait de leur rapprochement.

Le troisième facteur, la prédisposition nerveuse, intervient aussi pour une grande part. L'excitabilité nerveuse de ces sujets permet de comprendre comment une cause minime d'excitation suffit pour provoquer les accidents d'asthme. On a fait jouer autrefois un grand rôle à la diathèse urique. L'exagération d'acide urique dans le sang peut en effet influencer la production de cette maladie, et de fait, les sujets qui en sont atteints présentent souvent d'autres manifestations de l'arthritisme, telles que migraines, eczéma, attaques de goutte.

Le traitement médicamenteux de cette affection est désespérant. Il n'y a rien à en attendre; c'est ce qui résulte d'une enquête faite par l'auteur auprès des professeurs des universités des Etats-Unis. Tous sont d'accord pour reconnaître qu'aucun des médicaments employés contre l'asthme des foins n'a réussi à guérir cette maladie. C'est une erreur de croire que le changement de climat guérira le malade. On ne réussit pas davantage en s'attaquant à la diathèse urique par un traitement général. L'auteur a souvent constaté la coexistence d'affections oculaires, telles que conjonctivite, blépharite, qui agissent comme causes d'irritation ; le traitement de ces lésions a souvent pour effet d'améliorer l'asthme. Mais ce que l'auteur recommande surtout, et c'est par là que son travail est original, c'est l'intervention chirurgicale qui consiste à supprimer les plaques d'hyperesthésie, dues à la pression réciproque de deux surfaces muqueuses.

Dans tous les cas où il y a lieu d'appliquer ce traitement, il procure de bons résultats. Quand il s'agit de lésions profondes, telles que nécrose ou suppuration de l'ethmoïde, l'affection est incurable. P. RELLAY.

REVUE DES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

I. — Traitement de la Blennorrhagie; par WINSLOW ANDERSON. (*Treatment*, mai 1898, p. 165.)

I. — La blennorrhagie est une infection primitivement locale que l'on peut faire avorter en s'y prenant au début.

La liste des médicaments proposés est innombrable : permanganate de potasse, formaline, sublimé, argentamine, nitrate d'argent, acide phénique, lysol, créoline, résorcine, acétate de plomb, sulfate de zinc, ichthyol, iode, alun, etc. Neisser donne la préférence aux sels d'argent et fait choix de l'argentamine. Le traitement abortif de la blennorrhagie par les injections de permanganate de potasse a donné de bons résultats aux auteurs qui le recommandent (Janet, Guiard, Nogués, Desnos). Chez la femme, De Smet emploie avec succès la formaline en solution au millième. L'ichthyol s'emploie en injections à 2 0/0 ou sous forme de crayons urétraux.

Voici comment l'auteur traite la blennorrhagie chez la femme : en présence d'un cas de contagion récente, il lave le vagin avec une solution de permanganate à 2 pour 1.000. Les six heures qui suivent, il fait une injection chaude de permanganate à 1 pour 1.000, toutes les heures. Après chaque injection, il applique dans le vagin un tampon imbibé de glycérine au permanganate. Les jours suivants, les injections sont administrées toutes les douze heures avec une solution plus faible, variant de 1 pour 2.000 à 1 pour 10.000. Grâce à cette méthode, la blennorrhagie guérit en cinq ou dix jours, sans infecter l'urètre ou l'utérus. Dans les cas de blennorrhagie chronique, où l'infection s'est cantonnée dans l'urètre et dans les glandes de Skene, il faut porter les antiseptiques directement sur ces points et répéter souvent les applications. Quand l'utérus est envahi, il faut recourir au curettage; on évite ainsi l'extension de l'infection aux trompes. Après le curettage, faire une injection intra-utérine à 1 pour 10.000 et toucher l'utérus avec un mélange de teinture d'iode et d'acide phénique à parties égales.

Le curettage agit encore favorablement quand des lésions annexielles accompagnent la métrite. P. RELLAY.

II. — Cathétérisme de l'uretère; par M. O. PASTEAU (de Paris).

II. — M. O. Pasteau (de Paris) a fait actuellemen 140 cathétérismes cystoscopiques de l'uretère, avec l'instrument de M. Albarran : — J'ai employé presque toujours des sondes à bout rond n° 7 ou 8. L'anesthésie soit locale, soit générale, n'a jamais été nécessaire. Pour pouvoir pratiquer le cathétérisme, j'ai rempli la vessie de 150 grammes de liquide chez la femme, 200 grammes chez l'homme ; mais avec 80 grammes seulement, j'ai pu réussir encore plusieurs fois ; dans un cas même il s'agissait d'une femme qui présentait une fistule vésico-vaginale et dont l'uretère débouchait en pleine zone cicatricielle.

Une fois l'instrument en position, il est nécessaire de ne plus le déplacer jusqu'à ce que la sonde soit arrivée jusqu'au bas-

sinet, la main qui le tient doit rester absolument immobile. Il peut être nécessaire de réduire dans sa loge le rein déplacé pour permettre à la sonde d'arriver jusqu'à l'extrémité supérieure de l'uretère.

Même lorsqu'elle a pénétré dans le bassinet, la sonde peut ne pas donner de liquide alors même qu'il existe une rétention rénale; soit que la sonde soit obstruée soit que le liquide rénal soit trop épais. Pour éviter que la sonde soit obstruée par une bulle d'air, il faut prendre la précaution de laisser écouler par la sonde uretérale, avant de l'introduire dans l'uretère, quelques gouttes de liquide vésical. Si le liquide rénal est trop épais il faut injecter dans le bassinet quelques grammes d'eau boriquée : dès le lendemain ordinairement, le lavage du rein est possible.

Sur les 140 cathétérismes pratiqués par l'auteur, il n'a pas eu un seul cas d'infection secondaire cliniquement appréciable, presque tous les malades venaient à la consultation externe et n'étaient pas hospitalisés.

Le cathétérisme des uretères m'a servi à diagnostiquer l'existence et la nature de lésions rénales diverses ou de lésions uretérales sur lesquelles il n'a pas le temps de donner ici des détails aussi complets que ceux que l'on trouvera dans le compte rendu *in extenso*.

Quant à l'utilité du cathétérisme pour le traitement des affections rénales et en particulier de la pyélite, M. Albarran vous en parlera lui-même dans un instant.

M. Pasteau croit, en résumé, pouvoir conclure que, pratiqué avec un bon instrument, le cathétérisme des uretères devient très rapidement aux yeux de tous une opération facile. Fait avec précautions, il n'est pas dangereux; son utilité est incontestable et le service qu'il rend pour le diagnostic et le traitement des affections des uretères et des reins en fait une méthode que tout chirurgien peut et doit connaître.

III. — Guérison complète de trois cas de tuberculose vésicale grave; par MM. Motz et Noguès.

III. — La possibilité de la guérison de la tuberculose vésicale est indiscutable. Grâce à l'observation de M. le Pr Guyon, on possède un certain nombre de cas de cystites tuberculeuses complètement guéries. Si on cherche cependant dans la littérature médicale, il est presque impossible de trouver des cas de guérison réelle, vérifiée par l'examen histo-bactériologique. Parmi les cas de la tuberculose vésicale qu'il a pu suivre, M. Motz compte un grand nombre de guérisons presque complètes et il cite trois cas où, malgré la gravité de la maladie, les malades sont arrivés à la guérison absolue. L'examen microscopique d'urine de ces trois malades ne releva aucun élément histologique. En se basant sur ses recherches, M. Motz pense que la tuberculose vésicale localisée est une de celles qui guérissent le mieux.

Puisque l'on a ouvert la question du traitement non opératoire de la tuberculose vésicale, M. Noguès rappelle qu'il fait en ce moment des recherches sur la valeur thérapeutique de l'ichtyol. Il l'a employé en solution aqueuse à un titre variant de 1 à 4 0/0 : avec ces solutions, il fait des instillations un peu plus copieuses que les instillations ordinaires et il y a même un cas où il a poussé le volume de chaque instillation à 20 cent. cubes de liquide qu'il laissait dans la vessie. Il ne veut tirer de ces premières recherches aucune conclusion définitive; cependant les résultats ont été bons au point de vue fonctionnel; les urines sont redevenues assez claires, les besoins ont diminué, mais le fait le plus frappant est l'absence de toute action irritante de l'ichtyol, ce qui le différencie singulièrement du bichlorure de mercure.

IV. — Neurasthénie urinaire et crises de rétention aiguë d'urine; par M. Robert Sorel (du Havre).

IV. — Depuis le mois d'avril 1897, pas de rétentions complètes, mais le malade vide mal sa vessie, il a des périodes où il pisse goutte à goutte par regorgement. — Tentatives répétées de cathétérisme sans succès. — Contracture du sphincter. — Nouvelle méthode opératoire contre cette contracture. — Ouverture du périnée. — Cathétérisme forcé avec une sonde béquille. — Sonde n° 20 à demeure pendant quatorze jours. — Béniqués jusqu'au n° 50. — Puis dilatation progressive forcée jusqu'au n° 35 du dilatateur à quatre tranches de Kollmann.

V. — Traitement des calculs prostatiques; par M. Desnos (de Paris).

V. — La seule méthode rationnelle pour l'extraction des calculs de la région prostatique est une méthode sanglante. On a pu, dans quelques cas, broyer de petites concrétions, mais ces lithotrities intra-urétrales exposent à des dangers et doivent être évitées. Deux voies se présentent au chirurgien pour cette extraction : l'hypogastre et le périnée. Cette dernière voie est la plus habituellement suivie et semble la plus convenable; sans doute il est facile d'aborder ainsi le calcul, mais pour peu qu'il soit volumineux, ce qui n'est pas très rare, on ne peut l'amener au dehors qu'en produisant des désordres et des déchirures étendues de l'urètre; veut-on le broyer, les fragments s'égarent facilement et se perdent dans le tissu prostatique. C'est à des difficultés de ce genre que M. Desnos s'est heurté dans un des cas qu'il a opérés ainsi. Chez deux autres malades, il a abordé le calcul par l'hypogastre.

Bien qu'il se soit agi dans ces cas d'un calcul volumineux, il a pu l'attirer très facilement, après un léger débridement du col; mais comme la plupart du temps la loge prostatique est infectée, il en résulte parfois des accidents locaux et généraux; le pus s'accumule dans cette loge qui revient lentement sur elle-même; dans un de mes cas il a dû, quelques jours après la taille hypogastrique, donner issue par le périnée à une collection purulente provenant de la prostate.

Il croit donc pouvoir conclure que dans les cas ordinaires et moyens on doit aborder le calcul par le périnée; si celui-ci est trop gros, ou résiste, ou nécessite des manœuvres trop prolongées, il ne faut pas hésiter à pratiquer une section hypogastrique; mais même alors on ne fermera pas la plaie périnéale qui constitue une voie de drainage utile. En face d'un calcul très volumineux ou prostato-vésical, c'est d'emblée à la taille hypogastrique qu'on aura recours.

VI. — Calcul de l'urètre chez un enfant de 6 ans; par le Dr J. Reboul (de Nîmes).

VI. — M. le Dr J. Reboul présente un calcul qu'il a extrait par urétrotomie externe de l'urètre d'un enfant de 6 ans.

Cet enfant, malingre et souffreteux, sujet à des bronchites, présentait depuis quelques mois des troubles urinaires : douleurs dans la miction, fréquence des besoins d'uriner. Le 18 juin 1898, l'enfant est pris de rétention complète d'urine. Le Dr Fabre, appelé, ne peut pratiquer le cathétérisme. Mêmes tentatives infructueuses sont faites le même jour par le Dr Reboul. On sent dans la région périnéo-scrotale de l'urètre, une poche liquide contenant un corps dur, oblong, et l'on pense à un calcul arrêté dans une poche urétrale et obstruant le canal. L'enfant rend par regorgement un peu d'urine purulente, ammoniacale. Malgré le traitement institué, la rétention d'urine persiste. Le lendemain, à l'Hotel-Dieu, tentatives infructueuses d'extraction du calcul par les voies naturelles. L'urétrotomie externe est faite immédiatement. L'incision de l'urètre ouvre une poche urétrale, remplie d'urine et de pus; elle contient un calcul enclavé et adhérent, que l'on peut assez facilement extraire. La muqueuse urétrale est fortement altérée. Evacuation de la vessie. L'exploration de la vessie est négative. Malgré l'altération des parois de la poche urétrale, on fait la suture de l'urètre et on installe une sonde à demeure pour permettre les lavages vésicaux. Le quatrième jour après l'opération, alors que tout allait bien, un lavage vésical, fait avec trop de force par un aide, fait rompre la suture. La réparation de l'urètre se fait dès lors par bourgeonnement. Bronchopneumonie le 27 juin. Le 2 août, l'enfant sort de l'hôpital en bonne santé; miction normale, pas de troubles urinaires. Ce calcul urétral enclavé dans l'uretre était probablement primitivement un calcul vésical qui s'est engagé dans l'urètre, où il s'est arrêté dans le cul-de-sac du bulbe, ne pouvant cheminer dans tout le canal, à cause de son volume. Une dilatation de l'urètre s'est produite au niveau et en arrière du calcul, les parois du canal se sont altérées et le calcul, devenu adhérent, a déterminé des phénomènes de rétention d'urine qui ont nécessité l'intervention. — L'extraction du calcul par les voies naturelles n'ayant pas été possible malgré plusieurs tentatives, il a fallu pratiquer l'urétrotomie externe.

Le Dr Reboul a fait la suture immédiate de l'urètre. Mais, à cause des altérations des parois de l'urètre constatées lors de l'intervention et de la réparation par bourgeonnement de la plaie urétrale, rendue nécessaire par une faute de technique, il y a à craindre un rétrécissement de l'urètre qui rende nécessaire la dilatation.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur les végétations adénoïdes du naso-pharynx; par M. Bride et Logan Turner. (*Edinburgh Medical Journal*, avril, mai, juin 1897.)

Les auteurs étudient d'une façon très complète la question des végétations adénoïdes, en insitant d'une façon particulière sur l'anatomie pathologique de cette affection et sur son traitement. Leurs examens ont porté sur 500 cas, ce qui donne une grande valeur aux observations souvent originales qu'on rencontre à la lecture de ce long article de pathologie. Rien de spécial au chapitre de l'étiologie. Il est bien difficile d'apprécier la fréquence de l'affection, celle-ci n'étant produite que par l'hypertrophie du tissu lymphoïde qui existe normalement dans le naso-pharynx. On ne peut dire d'une façon précise où commence la maladie, d'autant plus qu'il est difficile d'apprécier chez les enfants les dimensions de la glande de Luschka à l'état normal. Les végétations adénoïdes se montrent avec leur plus grande fréquence de 6 à 15 ans, mais peuvent s'observer aussi au-dessous de 5 ans, de même qu'au dessus de 15 ans. L'influence de l'hérédité est manifeste; on voit souvent plusieurs adénoïdiens parmi les enfants d'une même famille. L'influence des climats humides semble avoir été exagérée. L'affection est fréquente chez les sourds-muets.

Suit une étude détaillée de l'anatomie de l'amygdale pharyngée, dont l'hypertrophie constitue les végétations. Sa structure est celle de l'amygdale palatine. Elle fait partie du système des amygdales, et à ce titre, peut être considérée comme un ganglion lymphatique périphérique, dont les conduits efférents se rendent aux ganglions cervicaux. Le tissu des amygdales, comme celui des ganglions, est constitué par un réseau de fibres conjonctives, où sont enfermés des amas de cellules lymphatiques; elles diffèrent des ganglions en ce que leur surface extérieure est couverte d'un épithélium.

Çà et là, les cloisons conjonctives des amygdales renferment des glandes à mucus, dont les conduits s'ouvrent à la surface. La muqueuse qui recouvre la glande de Luschka a un épithélium cilié à plusieurs couches. Après l'état normal, vient l'état pathologique. L'épithélium, au niveau des végétations, peut présenter de grands changements de nature et d'aspect. Il peut se transformer en épithélium pavimenteux stratifié, et c'est alors qu'il acquiert sa plus grande épaisseur; cet épaississement paraît résulter des pressions auxquelles sont soumises les végétations par le fait des mouvements du voile du palais. Ce qui semble confirmer cette manière de voir, c'est que même chose s'observe dans l'hypertrophie des amygdales; l'épithélium s'y épaissit par les pressions du bol alimentaire. Le fait s'observe surtout chez les jeunes sujets. Inversement, on peut trouver parfois l'épithélium aminci.

Bien que tous les éléments participent à l'hypertrophie, celle-ci porte plus sur le tissu conjonctif que sur le tissu lymphoïde; c'est autour des vaisseaux que débute cette hyperplasie du tissu fibreux pour s'étendre ensuite dans le sein des éléments lymphoïdes, et en arrêter ainsi l'accroissement. Il y a là un processus de sclérose périvasculaire, très intéressant à connaître, car il tend à la guérison naturelle du mal. Ce processus n'est pas spécial à l'âge de la puberté, comme on l'a prétendu, mais il se passe aussi chez les très jeunes sujets; il est donc indépendant de l'âge des sujets.

Les végétations peuvent-elles servir de porte d'entrée à la tuberculose? Question résolue de façons bien différentes par les auteurs. Pilliet, sur 40 examens, a trouvé trois fois des tubercules, mais pas de bacilles. Dieulafoy considère comme fréquente la tuberculose latente des amygdales. L'inoculation a réussi 20 fois sur 100 à conférer la tuberculose. L'auteur lui-même n'a pu constater avec évidence la tuberculose que dans trois cas de végétations. Mais il estime cependant qu'il y a là une voie importante pour l'entrée des bacilles tuberculeux. Si les examens restent si souvent négatifs, cela tient à ce qu'il est très difficile de les faire complets; les nodules tuberculeux sont souvent disséminés et ne peuvent être décelés que par des coupes en série.

Le tableau clinique est nettement présenté : les divers symptômes, signes d'obstruction nasale, troubles de la respiration, de la voix, de l'odorat et du goût, troubles généraux (anémie, insomnie, paresse intellectuelle, facies) sont exposés avec détails. Les auteurs ont surtout étudié sur leurs malades l'état de l'audition et les modifications du tympan : ils ont trouvé que 304 sujets sur 500 étaient plus ou moins sourds. L'obstruction de la trompe d'Eustache engendre l'otite, en favorisant l'infection. Le diagnostic se fait d'après les signes objectifs. Les auteurs ont recours à la rhinoscopie postérieure. Il est important de noter le siège exact des végétations; quand celles-ci forment une masse saillante au milieu, il reste un passage libre entre la tumeur et les orifices tubaires, et dans ces cas les troubles de l'audition font généralement défaut. Au toucher, on sent un tissu mou, gélatineux, dont la sensation est caractéristique. Plusieurs affections donnent lieu à un diagnostic différentiel. Les tumeurs fibreuses du naso-pharynx sont plus dures et occupent un siège plus limité. Le sarcome donne lieu à des hémorragies. Certaines lésions de syphilis tertiaire ont pu induire en erreur; Garel en rapporte deux cas, dont l'un fut opéré.

Le pronostic est bénin, l'affection guérissant facilement par la simple ablation. Il arrive parfois que l'enfant tarde à s'habituer à respirer par le nez et continue quelque temps à parler du nez. La récidive s'observe parfois; pour l'éviter, il faut faire une opération complète.

L'opération a généralement pour effet de faire diminuer l'adénite cervicale, quand elle existe; on a cependant vu quelquefois les ganglions augmenter de volume après l'opération. Les effets de l'opération sur l'oreille sont très favorables; l'ouie s'améliore, l'otorrhée diminue. Les auteurs ont examiné le tympan chez tous les opérés; ils ont reconnu que les lésions du tympan persistent, quand elles existent. Dans quelques cas rares, une otite aiguë vient compliquer l'opération. Les auteurs ont vu plusieurs de leurs opérés contracter la scarlatine.

L'opération doit être indiquée par l'existence des troubles fonctionnels. Ceux-ci existent à des degrés variables. Tel sujet présente des troubles de l'audition sans signes d'obstruction nasale; il existe alors une petite masse à l'orifice de la trompe, dont l'ablation guérira la surdité.

La technique de l'opération est ensuite minutieusement détaillée. Les auteurs conseillent l'anesthésie générale et préfèrent le chloroforme au bromure d'éthyle. Les instruments nécessaires sont la curette de Gottstein et la curette latérale de Hartmann. L'enfant étant endormi, on place sa tête à l'extrémité de la table. La bouche est ouverte au moyen d'un écarteur. Le doigt va alors explorer le naso-pharynx. Si celui-ci est assez large, on peut se servir du forceps de Kuhne pour broyer la masse dans ses mors sous le contrôle de l'index gauche. Si le naso-pharynx est étroit, on a recours à la curette de Gottstein, puis à celle de Hartmann pour les parois latérales, en évitant de blesser les trompes. Il importe d'aller vite, en retirant le sang qui remplit la gorge. Les injections nasales doivent être évitées, car elles favorisent l'infection des trompes. Quand le même sujet présente à la fois des végétations adénoïdes et de l'hypertrophie des amygdales, et qu'on se propose d'opérer les deux dans la même séance, il vaut mieux attaquer d'abord les végétations et faire ensuite l'amygdalotomie.

P. Rellay.

Atlas Manuel de Chirurgie opératoire, par O. Zuckerkandl, traduit par A. Mouchet. (J.-B. Baillière et fils.)

L'*Atlas Manuel de Chirurgie opératoire* que vient de publier le Dr Zuckerkandl, de Vienne, et dont M. Mouchet nous a donné une édition française, est nous pouvons le dire sans exagération, le véritable guide de chirurgie pratique de l'étudiant. Il est parfaitement visible que le but de l'auteur a été de mettre entre les mains de l'étudiant et aussi du chirurgien, un manuel facile à lire, frappant les yeux autant ou même plus

que l'esprit. Grâce à la clarté, à la précision de l'exposition et surtout grâce à la multiplictié des figures dont la netteté supplée si bien à la concision du texte que la lecture de ce dernier est presque inutile, l'auteur a pleinement réussi.

L'ouvrage du chirurgien viennois est divisé en trois chapitres qui ont trait aux opérations sur les membres, sur la tête et le cou, et enfin sur le tronc.

Nous devons enfin féliciter M. Mouchet de la façon dont il nous a fait connaître ce livre. Au lieu de se contenter, en effet, d'en faire une traduction littérale, il ajouté d'une part certains procédés opératoires que l'auteur n'a point cru devoir décrire, et d'autre part les opérations les plus usitées en France.

Chirurgie du cou; par F. Terrier, Guillemain et Malherbe.

Le petit traité sur la chirurgie opératoire du cou est, comme le dit le Pr Terrier lui-même, le résumé de ses leçons, professées à la Faculté de Médecine pendant le semestre d'été 1896.

Nous ne saurions trop recommander à tous nos docteurs ce petit livre où les idées du maître sont mises au point et classées de telle sorte qu'il suffit de suivre pas à pas les descriptions pour avoir une idée complète et parfaite des procédés opératoires. Tous les instruments y sont décrits et représentés, la façon de les employer avec figures à l'appui; l'opération se fait pour ainsi dire devant nous et l'on croirait y assister.

Ce traité est divisé en quatre parties. La première expose la chirurgie du larynx et appartient spécialement au Dr Malherbe; la deuxième traite de la chirurgie du corps thyroïde; la troisième de la chirurgie de l'œsophage; dans la quatrième enfin il s'agit des opérations sur les vaisseaux, les ganglions lymphatiques, les muscles et les nerfs du cou.

Considérations sur l'éclampsie; par Rothrock. (*Northwestern Lancet*, novembre 1897.)

L'auteur résume l'état actuel de nos connaissances au sujet de l'éclampsie puerpérale. Peu d'affections ont donné lieu à des théories pathogéniques plus nombreuses. Considérée d'abord comme une névrose, elle fut ensuite attribuée à l'urémie, quand on eut reconnu l'existence de l'albuminurie chez les éclamptiques. Elle fut alors assimilée aux attaques convulsives qui se produisent au cours de l'urémie classique. Traube l'attribuait à l'œdème du cerveau, Halbertsman à la compression des uretères par l'utérus gravide. Depuis les travaux de Bouchard sur le rôle des auto-intoxications, on tend à rattacher l'éclampsie à cette cause. L'expérience a montré que l'urine des éclamptiques est douée d'une moindre toxicité que l'urine des sujets sains. Chambrelent a trouvé que l'urine est moins toxique au cours de la grossesse; il en conclut à la rétention de produits toxiques dans le sang au cours de la grossesse. La toxicité urinaire est encore plus faible dans l'éclampsie, et la toxicité du sérum s'accroît, au contraire, considérablement.

On s'accorde donc à considérer l'éclampsie puerpérale comme le résultat d'une toxémie, mais on ignore encore l'origine et la nature des poisons qui sont en cause dans sa production. Les uns pensent qu'il s'agit de toxalbumines, d'autres font jouer le pricipal rôle à certaines matières extratives de l'urine, telles que la créatinine. On ignore d'ailleurs si l'éclampsie est due à un poison spécifique ou résulte d'une auto-intoxication par rétention de produits non transformés par le foie. Les altérations hépatiques sont celles que l'on retrouve le plus constamment à l'autopsie. Les altérations rénales, et par suite l'abuminurie qui en est la conséquence, seraient peut-être secondaires à la cause qui a produit l'éclampsie et résulteraient de l'action irritante des poisons éliminés par l'épithélium rénal. Les lésions rénales ne sont pas celles d'une néphrite ordinaire et peuvent disparaître complètement. Le plus souvent, en effet, le rein continue à fonctionner normalement. L'éclampsie survenant chez une brightique n'en est que plus grave, mais il n'est pas rare non plus de voir une brightique mener à bien une grossesse sans présenter d'accidents éclamptiques.

Le traitement doit avant tout être prophylactique (examen fréquent de l'urine, régime lacté). Pour traiter l'attaque, on aura recours aux calmants du système nerveux (chloral, chloroforme, morphine). Kaltonback préconise la saignée.

On favorisera l'élimination des toxiques en agissant sur les divers émonctoires (intestin, peau, reins).

Enfin, dans certains cas, l'injection du sérum artificiel peut donner de très bons résultats en provoquant la diurèse.

P. Rellay.

Considérations sur la néphrectomie; par le Dr Myles. (*Edinbourgh Medical Journal*, septembre 1897.)

Myles rapporte quelques cas de lithiase rénale et un cas d'ectopie rénale qu'il a traités par la néphrectomie. Le rein en ectopie était atteint d'hydronéphrose et dut être enlevé; l'auteur se demande à ce propos si l'hydronéphrose est la cause ou l'effet du déplacement du rein; il n'hésite pas à croire que l'ectopie est le fait primitif et que le rein devient kystique par la suite.

Un des cas de lithiase rénale avec suppuration péri-rénale, rapportés par l'auteur, simulait à s'y méprendre une appendicite par le siège des douleurs et de l'abcès. L'auteur insiste sur les difficultés que présente le diagnostic de la lithiase rénale. Les principaux signes cliniques (douleurs, pyurie, augmentation de volume du rein) sont d'autant plus accusés que l'affection est à une période plus avancée de son évolution. Au début, les signes sont beaucoup moins nets; parfois la lithiase reste longtemps silencieuse et il n'est pas rare de rencontrer aux autopsies des calculs restés latents pendant la vie. Or, malgré la pauvreté des signes du début, il y a tout intérêt à faire un diagnostic précoce, car l'opération, pratiquée à cette époque, présente beaucoup moins de dangers et est beaucoup plus simple.

C'est pour obvier à l'obscurité du diagnostic que l'auteur a eu l'idée de recourir aux rayons Rœntgen pour mettre en évidence la présence de calculs. Il a pratiqué dans ce but des expériences intéressantes sur le cadavre: ayant introduit un calcul dans le rein, puis refermé la plaie, il a pu voir le calcul par la radiographie. Il a pu apprécier ainsi le degré d'opacité des différents calculs rénaux et a reconnu que ceux-ci sont aussi opaques que l'os.

L'auteur s'élève contre la pratique de la ponction rénale que recommandent certains auteurs; cette façon d'explorer le rein peut présenter de gros dangers: la plupart des calculs siègent dans la profondeur du rein en un point voisin du bassinet; l'aiguille poussée jusque-là courrait risque de blesser les gros vaisseaux du rein ou la veine cave. En outre, la portion du rein accessible dans l'espace ilio-costal est beaucoup plus restreinte que ne le feraient supposer les descriptions classiques. L'auteur le démontre au moyen de dessins empruntés au Pr Cunningham. La plus grande partie du rein est recouverte par la cage thoracique. On sait en outre que le cul-de-sac inférieur de la plèvre descend jusqu'à l'apophyse transverse de la première lombaire. Quant au rein droit, en grande partie masqué par le foie, il est presque inaccessible à la palpation. Le lieu d'élection pour pratiquer la ponction du rein serait le point situé en dehors de l'apophyse transverse de la deuxième lombaire. Mais la ponction est à rejeter à cause de la difficulté de savoir à quelle profondeur on se trouve et à cause du danger de blesser des vaisseaux importants.

A la néphrectomie abdomidale (trans ou intrapéritonéale), l'auteur préfère la voie lombaire, qui est plus facile et moins longue; elle permet plus facilement l'énucléation des calculs et évite l'infection du péritoine, s'il y a abcès; les adhérences rénales sont aussi plus faciles à libérer par cette voie.

P. Rellay.

Nouvelles décorations. — Nous sommes très heureux d'annoncer la promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur de notre très distingué collaborateur et ami, M. le Pr Chantemesse. Nous recevons d'autre part une lettre de M. le Dr Maurice de Fleury, nous priant d'annoncer que c'est par une erreur dont il ne saurait nullement être responsable, que le *Journal officiel*, dans le décret qui le nomme chevalier de la Légion d'honneur, lui attribue le titre de directeur du laboratoire de psychologie physiologique de la Salpêtrière. M. le Dr P. Janet est le seul chef de ce laboratoire.

VARIA

—

La fièvre typhoïde à Reims : le tout à l'égout.

L'Union médicale du Nord-Est donne, dans son numéro du 30 novembre 1898, l'analyse d'une discussion très intéressante qui a eu lieu à la Société.

Nous en extrayons les appréciations suivantes, formulées par notre excellent ami le Dr Langlet.

« M. Langlet ignore comment la fièvre typhoïde a été apportée dans les casernes de Reims, mais il pense devoir insister sur un fait qui peut bien jouer un rôle sur son développement dans les casernes. Et tout d'abord le nombre de malades qui a été indiqué (de 90 chez lesquels on avait eu un séro-diagnostic positif) a probablement été plus considérable, une cinquantaine de cas légers chez lesquels ce séro-diagnostic a été négatif pourraient bien s'être développés sous la même influence. Des malades ont séjourné à la caserne pendant un certain temps à l'infirmerie, en attendant que la maladie fût bien déclarée. Or les individus atteints ou suspects allaient à la selle quelque part. Il est donc intéressant de savoir quel est le système de vidanges employé dans nos casernes. Il n'y a pas de fosses, les matières sont recueillies dans des vases qui théoriquement (d'après l'ancien système Goux) devraient contenir des matières absorbantes, étoupes, terre, etc., et qui en fait ne contiennent parfois qu'un peu de paille ; ces vases en tôle sont enlevés, descendus, transportés, manipulés dans les cours de la caserne et sont exposés à perdre une partie de leur contenu dans ces diverses manipulations. Ne serait-il pas beaucoup plus simple de recourir au mode d'enlèvement des matieres usées qui seul pourrait instantanément débarrasser la caserne des causes d'infection qu'elles contiennent? Je veux parler du *tout à l'égout*. On a une aversion vraiment étonnante pour le tout à l'égout. Je ne demande pas et pour cause le tout à l'égout pour toute la ville, sa canalisation ne s'y prête pas actuellement non plus que la quantité d'eau dont on dispose ; mais pour les grands établissements, les hôpitaux et les écoles et en particulier pour les casernes. »

Les hôpitaux dans l'Antiquité.

Jusqu'alors on avait mis en doute l'existence des hôpitaux dans l'Antiquité. Les Grecs avaient bien des temples d'Esculape et d'Hygie, sortes de sanatoria, situés en pleine campagne généralement auprès d'une source thermale, qui tenaient lieu à la fois d'établissements de bains et de refuges pour les malades. Ces temples, dont les prêtres exerçaient l'art de guérir, possédaient des ressources particulières provenant de dons et étaient administrés par un conseil dans lequel les esclaves même avaient le droit de se faire représenter. Les découvertes archéologiques n'ont pu malgré cela permettre de considérer ces temples comme des hôpitaux ; c'étaient, si l'on veut à toute force leur trouver une analogie, des sortes de policliniques. Il n'en est pas de même des ruines mises au jour à Baden en Suisse, dans le canton d'Argovie. Cet hôpital, qui paraît avoir été fondé pour les 4e et 5e légions romaines qui tenaient garnison à Baden, se composait de 14 petites chambres ; et le nombre des instruments de chirurgie et des boîtes d'onguent qu'on y a trouvé ne laisse aucun doute sur la destination de ces ruines. Pompéi et Timgad, malgré les soins qu'on a mis à en étudier les restes, n'ont pas donné lieu à la découverte d'établissements hospitaliers et jusqu'alors l'hôpital militaire de Baden est le premier hôpital romain dont on ait retrouvé les races.

J. Noir.

Un traitement simple de la teigne tondante.

M. le Dr G.-S. Perkins (de Londres) recommande contre la trichophytie du cuir chevelu le traitement suivant qui lui aurait toujours donné de bons résultats, même dans les cas de teigne tondante invétérée :

On prend du chlorure de sodium finement pulvérisé et on l'incorpore a une petite quantité de vaseline, de façon à obtenir un mélange ayant la consistance d'une pommade. On frotte avec cette pommade matin et soir les placards tricophytiques préalablement rasés et on continue ainsi jusqu'à ce qu'il se forme une escarre, ce qui se produit généralement au bout de deux à quatre jours ; on fait alors des pansements avec une pommade quelconque. L'excoriation une fois cicatrisée, les cheveux repousseraient parfaitement sains et la teigne se trouverait définitivement guérie. (*Le Médecin.*)

A Honolulu.

Savez-vous qui ont trouvé les Etats-Unis, en s'établissant à Honolulu? Tout simplement le fils de l'illustre Trousseau !

M. Trousseau avait occupé un poste élevé dans l'administration de la Compagnie des Omnibus. Un jour, il s'ennuya de l'existence monotone qu'il menait sur son rond de cuir, et il partit à l'aventure. Il arriva à Honolulu où il s'établit médecin. Le nom de son père avait pénétré jusque-là, et bientôt il devint le médecin de la cour. Il y eut mieux : ayant à combattre la lèpre océanienne, il eut l'idée d'isoler scientifiquement les lépreux, — idée reprise partout après lui, et sur ses données. Il obtint de remarquables guérisons. En même temps, il civilisait Honolulu. Le roi, jadis coiffé d'un chapeau de gendarme et vêtu d'un caleçon de calicot blanc brodé..., vit maintenant à l'européenne, ainsi que ses hauts fonctionnaires. Et les grandes dames hawaïennes font venir leurs toilettes de Paris.

Bien mieux, un cousin germain de M. Trousseau, ancien capitaine dans un de nos régiments de ligne, s'en est allé retrouver là-bas son parent. Il était général en chef de l'armée d'Honolulu ! (*Echo de Paris.*)

La longévité de l'homme.

Mme Alice Glenesk a étudié les conditions de nature à influer sur la durée de la vie humaine. Voici, d'après *Popular Science News*, les points principaux de cet intéressant travail. L'homme vit généralement plus longtemps sous les climats froids que sous les climats chauds ; les Finlandais par exemple restent longtemps jeunes et vivent très vieux ; leurs cheveux ne grisonnent, et leurs articulations ne se raidissent que longtemps après l'époque moyenne. L'influence de la mer paraît favorable, aussi bien pour les marins que pour les habitants des côtes.

D'après les meilleures autorités, la limite extrême de la vie humaine serait de cent vingt-cinq ans. Mme Glenesk signale pourtant une femme habitant le village d'Auberive-en-Royans (Isère) qui serait âgée de cent vingt-sept ans ; cette femme, Marie Durand, a vécu sous onze gouvernements : Louis XV, Louis XVI, première République, Consulat, Empire, Louis XVIII, Charles X, Louis-Philippe, deuxième République, deuxième Empire, troisième République.

Le durée de la vie est à peu près de cinq fois le temps que mettent les organes (le cerveau excepté) à atteindre leur plein développement ; plus il est lent, plus la vie est longue. (*Revue scientifique.*)

Ce qu'on boit en France.

Deux séries de chiffres qui ne manquent pas d'intérêt.

La première concerne le nombre des débits de boissons et leur progression de 1874 à 1896 :

En 1874 en	on comptait	342.980
1879	—	354.842
1884	—	386.875
1889	—	410.369
1890	—	413 141
1891	—	416.691
1892	—	419.560
1896	—	432.047

A ce dernier chiffre il faut ajouter les 40.000 débits de Paris.

L'autre série concerne le rapport existant entre les quantités de vin et d'alcool bues dans les villes de France où la consommation est la plus élevée. Pour le vin, c'est Boulogne-sur-Seine qui tient la tête avec 2 hectolitres 66 litres par habitant. Puis viennent : Nice, 2.51 ; Saint-Etienne, 2.23 ; Levallois-Perret, 2.40 ; Clermont-Ferrand et Clichy, 2.23 ; Grenoble, 2.17 ; Saint-Denis, 2.15 ; Troyes, 2.12 ; Bordeaux, 2.11 ; Toulouse, 2.10 ; Tours, 2.07 ; Paris, 2.03.

Pour l'alcool, Rouen l'emporte toujours avec 17 litres 15.

Puis viennent : Le Havre avec 15.38 ; Cherbourg, 16.73 ; Caen, 12.72 ; Boulogne-sur-Mer, 12.54 ; Amiens, 11.84 ; Cette, 11.65 ; Brest, 11.01 ; Lorient, 10.87 ; Paris, 7.65. (*La Tribune Médicale.*)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

Gynécologie et chirurgie abdominale. — M. le Dr FOURNEL, lauréat de la Faculté, commencera le mardi 17 janvier 1899, à 8 heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie et de chirurgie abdominale* ; il le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave LOISEL, le vendredi à 5 h. 1/2, rue de l'Estrapade, 18.

FORMULES

I. — Salicylate de soude contre le mal de dents.

Le Dr Frédérick-C. Cohy préconise contre la douleur dentaire, suite d'un refroidissement, le salicylate de soude à la dose de 0 gr. 90 centigr., qu'il réitère toutes les quatre heures. Il le recommande surtout contre le mal de dents chez les enfants, où il faut s'abstenir autant que possible de l'extraction des dents, pour ne pas entraver le développement des mâchoires. Ce médicament, associé à la teinture de belladone, procure parfois un sommeil tranquille. (*Lyon médical* du 30 octobre 1898.)

II. — Potion contre le coryza. — (MALBEC.)

Extrait de jusquiame....... 0 gr. 15
Iodure de potassium....... 2 grammes.
Bicarbonate de potasse..... 2 —
Extrait de réglisse........ 5 —
Eau d'anis............. Q. s. p. 120 gr.

Une cuillerée à dessert toutes les 4 heures.

III. — Dentition laborieuse. — (DAUCHEZ.)

Collutoire avec :
Bromure de sodium........ 0 gr. 50.
Eau de fleur d'oranger....... 30 grammes.
Sirop d'éther............ 20 —
Eau distillée............ 120 —

Mêlez. Usage externe.

IV. — Prurit vulvaire.

Sublimé corrosif...... 0 gr. 40 centigr.
Alun........... 8 grammes.
Amidon.......... 40 —
Eau............ 1 litre.
Bleu de méthylène...... Q. S.

En applications externes.

V. — Prurit anal.

Sublimé corrosif...... 0 gr. 25 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque.. 0 gr. 10 —
Acide phénique...... 4 grammes.
Glycérine........ 60 —
Eau de roses....... 245 —

En lotions.
Ou :
Onguent populeum...... 50 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.... 2 —

VI. — Sueurs nocturnes des phtisiques.

Sulfate d'atropine..... 5 dixièmes de milligr.
Sulfate de zinc...... 0 gr. 12 centigr.
Acide gallique...... 0 gr. 12 —
Créosote de hêtre..... IV gouttes

Pour 5 pilules, 3 par jour.

L'acétate de thallium qui a été à diverses reprises conseillé, doit être rejeté, ce médicament ayant le grave inconvénient d'amener, avec de faibles doses, une alopécie complète. (Guinard.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 18 déc. au samedi 24 déc. 1898, les naissances ont été au nombre de 1.090, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 399, illégitimes, 151. Total, 550. — *Sexe féminin* : légitimes, 394, illégitimes, 146. Total, 540.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 déc. au samedi 24 déc. 1898, les décès ont été au nombre de 865, savoir : 462 hommes et 403 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 3, T. 6. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 1, T. 4. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 4, T. 9. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 109, F. 70, T. 179. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 8, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 36, T. 55. — Méningite simple : M. 3, F. 9, T. 12. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 27, F. 16, T. 43. — Paralysie, M. 6, F. 5, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 39, F. 27, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 13, T. 25. — Bronchite chronique : M. 10, F. 11, T. 21. — Broncho-pneumonie : M. 19, F. 18, T. 37 — Pneumonie : M. 15, F. 14, T. 29. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 16, F. 24, T. 40. — Gastro-entérite, biberon : M. 8, F. 5, T. 13. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 19, F. 15, T. 34. — Sénilité : M. 13, F. 25, T. 38. — Suicides : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres morts violentes : M. 16, F. 2, T. 18. — Autres causes de mort : M. 65, F. 56, T. 121. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 14 Total : 44 — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 6. Total : 29.

HYGIÈNE. — « Les *filtres* sont des moyens de purification, temporaires, d'occasion ; mais il y a mieux : ce sont les eaux de sources *protégées*. Il faut donc un périmètre de protection pour les sources. » (D.)

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 10 juillet 1899 devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Le mercredi à 4 heures, M. ZABOROWSKI, après s'être occupé du passé préhistorique de toute l'Afrique du Nord, traitera dans ses prochaines leçons : *De la colonisation romaine ; de l'origine des juifs algériens ; de l'islamisme et des Berbères ; des caractères et mœurs des indigènes ; de la femme arabe et de la femme berbère ; des écoles d'indigènes et de l'éducabilité de ceux-ci ; des conditions et de l'avenir de la colonisation contemporaine*, etc.

COMMISSION DES LOGEMENTS INSALUBRES. — Voici la liste des membres qui viennent d'être élus par le Conseil municipal : MM. Allard. Rigaud. Camus. Aye. Turin. Privé. Bouhon. Mansion. Just. Humbert. Barafort.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'Internat en Médecine.* — Voici la liste des candidats admissibles : MM. Capgras. Roy. Mignot. Simon. Colombani. Gatian de Clérambault. Mourcyre. Vaslet de Fontaubert. Meunier. Mlle Tobolowska. Parant. Lévy. — On ne connait pas encore quel sera le nombre des internes titulaires.

LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE POUR L'ETUDE DES QUESTIONS D'ASSISTANCE PUBLIQUE vient de renouveler comme suit son bureau pour 1899 : *Président* : M. le Dr Thulié ; *Vice-présidents* : MM. Henri Monod, Sabran, Derouin, Mule ; *Secrétaire général* : M. Alfred Muteau ; *Secrétaire général adjoint* : M. le Dr Billon ; *Trésorier* : M. Van Brock.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe, les élèves sortant de l'école du service de santé, reçus docteurs devant la Faculté mixte de Bordeaux : M. Puysségur, affecté au corps de

santé des colonies. M. Tardif, affecté au corps de santé des colonies M. Guibaud, affecté à Toulon. M. Lebcaupin, affecté à Brest M. Thébaud, affecté au corps de santé des colonies. M. Audian, affecté au corps de santé des colonies.— M. Long, médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et d'office, pour inaptitude physique au service actif, à compter du 1er janvier 1899. M. Voillot. docteur en médecine, a été nommé médecin auxiliaire des colonies. M. le Dr Cairon, médecin de 2e classe a été promu au grade de médecin de 1re classe, en remplacement de M. le Dr Caire, décédé.

Service de santé de la Marine. — A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : M. Lasserre, affecté à Toulon.—M.Vivie, maintenu jusqu'au 31 juillet comme aide d'anatomie à Bordeaux.— M. Sambuc, maintenu jusqu'au 31 juillet comme aide d'anatomie à Bordeaux.

La démission offerte par M. le médecin de 2e classe de la marine Forterre a été acceptée, et il a été nommé au grade de médecin de 2e classe dans la réserve de l'armée de mer. Cet officier de réserve est affecté au port de Cherbourg.

Concours de la Médaille d'or de l'Internat des Hôpitaux de Paris (*Médecine*). — Ce concours s'est ainsi terminé : *Médaille d'or* : M. Lesné. — *Médaille d'argent* : MM. Milian et Nobécourt. — *Accessit* : M. Garnier.

Mutations dans les Hopitaux de Paris. — *Services de Médecine*. — Un service spécial de laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine est créé et confié à la direction de M. le Dr Lermoyez. M. Béclère, médecin à Tenon, va à Saint-Antoine. M. Ménétrier, de la Maison Dubois va à Tenon. M. Vaquez de l'Annexe de l'Hôtel-Dieu va à la Maison Dubois. M. Lacombe de Bichat passe à Beaujon ; M. Talamon, de Tenon à Bichat; M. Duflocq, de Hérold à Tenon et M. Lannois de la Consultation de Beaujon à Hérold. M. Rigal, médecin à l'hôpital Beaujon, a donné sa démission.

Services de Chirurgie. — M. Lucas-Championnière, chirurgien à Beaujon, passe à l'Hôtel-Dieu. M. Marchand, de Boucicaut, va à Beaujon. M. Gérard-Marchant, de Tenon, prend le service vacant de Boucicaut. M. Ricard, de Dubois, passe à Tenon. M. Walther, de Bicêtre, passe à Dubois. M. Potherat est chargé du service de Bicêtre. M. Bazy, de Saint-Louis, passe à Beaujon. M. Picqué, de Dubois, va à Saint-Louis, et M Guinard à Ivry. M. Tuffier, de la Pitié, va à Lariboisière. M. Chaput, de Tenon passe à la Pitié, et M. Poirier, d'Ivry à Tenon. — MM. Périer et Polaillon ont pris leur retraite et M. Théophile Auger a donné sa démission.

Concours de l'Externat des Hopitaux. — Ce concours s'est terminé, samedi dernier, par la nomination des 438 candidats suivants : 1. Chevassu, Braillon, Lecène, Petit (Maurice), Mlle Francillon, Halbron, Roussel, Gilbert (Pierre), Le Sourd, Dubois (Paul). — 11. Delion, Béal, Rousseau (Louis), Mlle Mouroux, Okinczyc, Claret (Marcel), Mortier, Da Silva Paranhos, Hébert, Masson.

21. Rivet, Berthaux, Bosc, Caldagués, Capette, Dauchez, Denécheau, Gaudemet, d'Oelnitz, Gambier. — 31. Borst, Clœys, Omiécinsky, Bouquet, Brésard, Katz, Labarrière, Le Louet, Lucet, Manoussi.

41. Cailleux, Desmarets, Dumény, Guillemard, Jullich, Pernot, Lœderich, Armand Delille, Bloch, Jean Tallon. — 51. Mme Margouliès, MM. Romanescu, Trèves, Chastegnol, Demargue, Follet, Gasna, Carlotti, de Chadzyneski, Goujon.

61. Hornus, Lestelle, Barbier, E. Guihal, Poissenot, Roche, Labadie-Lagrave, Marais, Maringer, Martin. — 71. Mauban, Mlle Pariselle, MM. Grégoire, Roubaud, Do-Huu, Gadaud, P. Camus, Coudert, Detot, Salomon.

81. Guiard, Haas, Andrieu, Langevin, G. Legros, Leroux, Lesage, Merlet, Riboulet, Moureyre. — 91. Vanwtberghe, Barthélemy, Brunat, Caubet, Courcoux, Crouzon. G. Grellet, Remoussenard, Bing, Brelet.

101. Courtellemont, Coussieu, Roussy, Marmasse, Espitalier, Masmonteil, de Fourmestraux, Sigre, Gaultier, Rabuel. — 111. Mesly, Sourdille, Tournay, Lafosse, Lesauvage, Vermeil, Laffite, Millon, Chahuet, Le Gambier.

121. Durcanne, Leh, Ogé, Pallegeoix, Pamard, Rauzy, Le Meur, Regnard, Robin. Roblot. — 131. Léri, Fromageot, Leuret, Allard, Lévy-Davicion, Alquier, Guilloire, Audard, Balthazard, Mlle Martin.

141. — MM. Janin, Blanluet, Bruder, Mathenie, Brunschwig, Lacasse, Carton. Méheut, Cahe, Archer-Dubois. — 151. Cirié. Pécharman, Tanon, Cholet, Lecornu, Gaultry, Lavie, Poulard, Coutet. Trastour.

161. Leremboure. P. Lièvre, Dionis du Séjour, Gargand, Tixier, Herbinet. Duplessier, Delhommeau, Deardeau, Broumpt. — 171. Delherm. Kiéner, Leenhardt, Ducot, Herrenschmitt. D'Heilly. Delaunay, Théveny, Reinburg, Dupuis.

181. Jousselin, Brocard, Latron, Cabaune-Tellé, de Clomesnil, Ledoux, Marh, Parrot, Asticot, Baillon. — 191. Beaujard, Giraudet, Gimbal, Blairon, Broc, Mougeot, Cauchoix, Rivière, Raubin, Louveau.

201. Boissier, Legroux, Bailleul, Monod, Mlle Horowitz, MM. Cléret, Walter, Séc, Portemer, L Lièvre. — 211. Labussière, Gros, Cochonnet, Fournier, Berton, Ollier, Lagarde, Gottschalk, Bardon, Apte.

221. Gibert, Riss, Legou, Viau, Chapotin, Prunier, Saillant, Mignardot, Bordenave, François. — 231. Pédebidou, Diel, Sabatié, Calvé, Aupeis. Cotar, Loisel. Herr, Sudaka, Baldenweck.

241. Renoult, Le Clech, Mlle Stein, MM. R. Lemaître, de Lacombe, Teissière, Bony, Forest, Français, Lagleize. — 251. Dinet, Lobligeois, Poirier, Grandjean, Maigrot, Vassor, J. Mallet, Inglessi, Morlet, Radiguer.

261. Touchard, Lemaire, Robinet, L. Gibert, Philippet, V. Grelley, Reulos, Eloy, Salacolu, Marciteau. — 271. Merle, Caruette, Bonnefous, Altoff, Magitot, Mac-Auliffe, Boulonneix, A. Guérin, G. Lemaître, Joubert.

281. Rolan, Gleize, Colombet, Barrier, Cazeaux, Giannetti, Devonassoux, F. Jacquot, Hollande, Noréro. — 291. G. Petit, Ralliou, Sineau, Berne, Burgaud, Dieuzaide, Bourée, Chaignot, Cabon, Guérin-Beaupré.

301. Weill, Mayer, Ferry, Calmeis, Dabout, Percheron, Foulon, Boullet, Durand, Darbois. — 311. Béneteau, Salmon, Javal, Deniker, Léculier, Ortel, Valatx, Fargin-Fayolle, Mouras, Poirault.

321. Lemercier, P. Guihal, Bourgeau, Graliot, P. Lemaistre, Batisse, Duroisel, Escande, Gabail, Charbonnier. — 331. Château, Dibos, Habar, Linard, A. Guyot, Merry, Pastour, Loubier, Stettiner, Gauquelin.

341. Polloquin, Melin, Erlanger, Mannoni, Cistrier, Ambrosi, Degris, Kuhn, Bertier, Heller. — 351. Eltchaninoff, Roux, Cau, Ferreux, Dupinet, Fabre, Bonhomme, Delbos, J. Jacquot, Mougenc de Saint-Avid.

361. Vidal, Graillot, Brillaud, Verneau, P. Guyot, Thorel, Le Giemtel, Houdeville, Dupret, Parant. — 371. Brenot, Hierrhugues, Rozier, Jouannin, Coeylas, Wapler, Artaud, Appreillé, Ichard, Perrier.

381. Lépine, Delacroix, Guy, Pierrart, Bouffier, Buron, Coutard, Carrayrou, F. Legros, Noiré. — 391. Tzatcheff, Buisson, Cardavot, Desdouits, Magin, Boureille, Moufler, Roinct, Mamlock, Thomas.

401. Toulzac, Yaich, Maussire, Villebrun, Charpentier, P. Moreau, Baumann, Duc-Dodon, Choefer, Mignon. — 411. Canet, Vinaver, Thiellment, Gigaud-Lafont, Brunello, Candebage, Dolses, F. Picard, Cassuto, Lesueur.

421. P.-E. Camus, Boudinski, Fillieux, Desclaire, Girard, Sellerin, Sequer, Chazal, Chanu, Benoit. — 431. Dreyfus, Cormon, Lagardère, Morisson, Couzyn, Leprince, Lownnard, Etsteiner.

Nouvelles sanitaires. — *La peste à Madagascar*. — L'épidémie de peste importée de l'Hindoustan à Tamatave subirait une décroissance notable. On attribue cette amélioration sanitaire aux pluies abondantes qui ont eu lieu récemment dans cette région.

La fièvre typhoïde à Cherbourg. — Une épidémie de fièvre typhoïde aurait éclaté à Cherbourg dans les casernes des troupes de la marine ; 300 malades seraient en traitement à l'hôpital maritime. L'inspecteur général du service de santé de la marine, M. Cunéo, serait chargé d'une enquête par le Ministre, M. Lockroy, pour rechercher les causes de l'épidémie et les moyens de la combattre.

Centenaire de l'Académie de Médecine de Saint-Pétersbourg. — MM. d'Arsonval et Landouzy sont délégués par l'Académie de Médecine pour la représenter aux fêtes que le gouvernement russe donne à l'occasion de ce centenaire.

Société médicale du XVIIe Arrondissement. — *Bureau pour 1899*.— *Président* : Dr René Belin. *Vice-Présidents* : Drs Gaucher et Duboys de Lavigerie. *Secrétaire général* : Dr Ducos. *Secrétaires annuels* : Drs Farret et Rochebois.

Distinctions honorifiques. — Sont promus dans la Légion d'honneur : Au grade de *commandeur* : M. le Dr Dieulafoy, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — Au grade d'*officier* : M. le Dr Chantemesse, inspecteur général adjoint des services sanitaires au ministère de l'intérieur, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. M. le Dr Goyon, ancien officier d'infanterie. — Au grade de *chevalier* : M. le Dr Brocq, médecin de l'hôpital Broca-Pascal. M. le Dr Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. M. le Dr Nitot, médecin en chef de la crèche et de l'asile de l'Ile Saint-Louis. M. le Dr de Fleury. — M. le Dr Piéchaud, médecin-adjoint du Sénat. M. le Dr Verchère, chirurgien en chef de la maison d'arrêt de Saint-Lazare. — M. le Dr Chaput, chirurgien à l'hôpital Tenon.

M. le Dr Paillard, médecin dentiste des hôpitaux. M. Renaudin, membre fondateur de l'Union française pour le sauvetage de l'enfance, vice-président de la Société de secours mutuels de Sceaux (Seine), qui a créé de ses deniers un hôpital-hospice pour les vieillards pauvres de la ville de Sceaux. M le Dr Gyoux. M. le Dr Bollet. M. le Dr Glénard, médecin de l'hôpital de Vichy. M. le Dr Mercier, de Bazoche. Gouët (Eure-et-Loire). M. le Dr Chevillon, médecin chef de service de l'hôpital civil de Bayonne. M. le Dr Trélaun. M. le Dr de Brun du Bois-Noir. médecin sanitaire, professeur à la Faculté de Médecine de Beyrouth. M. le Dr Bastide, directeur de la santé, médecin de l'hôpital français de Saint-Louis. M. le Dr Simon, médaillé militaire depuis 1871.

Médecins militaires. — Sont promus dans la Légion d'honneur au grade de *Commandeur* : M. Boisseau, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée. — Au grade d'*Officier* : MM. Annequin, médecin principal de 1re classe, directeur au service de santé au 5e corps d'armée; Viry, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 2e corps d'armée; Benoit, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Marseille; Meret, médecin-major de 1re classe au 23e régiment d'artillerie; Defos du Rau, médecin-major de 1re classe au recrutement de la Seine; Magdelaine, médecin-major de 1re classe. — Au grade de *Chevalier* : MM. Bony, médecin-major de 1re classe; Masson, médecin-major de 1re classe ; Petit, médecin-major de 1re classe ; Reboud, médecin-major de 1re classe; Oriou, médecin-major de 1re classe. Bourbon, médecin-major de 1re classe. Bonnet, médecin-major de 1re classe. Prieur, médecin-major de 1re classe. Cahier, médecin-major de 1re classe. Loup, médecin-major ee 1re classe. Vaök, médecin-major dé 2e classe. Dupeyron, médecin-major de 2e classe. Lebastard, médecin-major de 2e classe. Duroux, médecin-major de 2e classe. Descossé, médecin-major de 2e classe. Lejeune, médecin-major de 2e classe. Raynal, médecin-major de 2e classe. Roncin, pharmacien-major de 2e classe. Dulud, pharmacien-major de 2e classe.

Médecins de la Marine. — Sont promus, dans la Légion d'honneur, au grade de *Chevalier* : MM. Pons. médecin de 1re classe. Flandrin, médecin de 1re classe. Kergrohen, médecin de 1re classe. Audibert, médecin de 1re classe. Branellec, médecin de 1re classe. Suard, médecin de 1re classe. Negretti, médecin de 1re classe. Sévère, médecin de 1re classe. Tambon, pharmacien de 1re classe. Bastier, médecin de 1re classe. Brugère, médecin de 2e classe.

NÉCROLOGIE : M. le Dr GAUDEFROY (Paul) (de Châteauroux), mort à 28 ans de la scarlatine. — M. le Dr BONNAN (de Marseille) — M. le Dr PELTIER (d'Ecommoy) (Sarthe).

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* —M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2.—Visite du service, (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr MAYGRIER, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL ANDRAL. — *Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.* — MM. ALBERT MATHIEU, MAURICE SOUPAULT et J. CH. ROUX commenceront le 9 janvier 1899 un cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera un mois. — Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic par M. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs. — Pour les renseignements et l'inscription : s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE (107, faubourg Saint-Denis). — *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie.* — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare. La première série commencera le *jeudi 12 janvier* à 10 h. 1/2 du matin et se continuera les samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure. Ce cours sera fait : le mardi par M. L. WIKHAM, *vénéréologie*; le jeudi par M. LE PILEUR, *syphiligraphie* ; le samedi par M. OZENNE, *gynécologie*; et sera complet en dix-huit leçons. Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions qui se seront fait inscrire chez M. le Directeur de la maison de Saint-Lazare. Une carte d'entrée leur sera remise.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Service des maladies des oreilles, du nez et du larynx.* — M. le Dr LERMOYEZ, médecin de l'hôpital St-Antoine, a repris ses conférences. Les mardis, cours de technique et de séméiologie spéciales; les samedis, cours de thérapeutique spéciale; les lundis, petite chirurgie du nez, des oreilles et du larynx; les vendredis, opérations (cure radicale de l'otorrhee, des sinusites de la face, etc.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, Sr Cr, RUE DE RENNES 71.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — HYGIÈNE PUBLIQUE : Stations d'altitude et Sanatoria, par le Pr Proust. (Leçon recueillie par le Dr Laffitte.) — BULLETIN : Une visite à l'hôpital Broca, par J. Dauriac. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie* (Séance du 7 janvier 1899), par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine* (Séances des 3 et 10 janvier 1899), par A.-F. Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux* (Séance du 6 janvier 1898), par J. Noir ; — *Société de Chirurgie* (Séance du 28 décembre 1899), par P. Rellay ; — *Société de Médecine légale* (Séance du 9 janvier 1899), par G. Carrier; — *Société médicale des Bureaux de bienfaisance* (Séance du 11 janvier 1899). — REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE : Cliniques sur les maladies de l'enfance, par Ausset; — Tumeur orbitaire chez l'enfant, par Valude; — Maladies chirurgicales d'origine congénitale, par Kirmisson; — La diphtérie, par Barbier et Ulmann (Ouvr. anal., par Paul-Boncour). — REVUE DE DERMATOLOGIE : Duncan Bulkley: Student's Manual of Diseases of the Skin; — Histologie de la lèpre (an. de P. Raymond) ; — Traitement chirurgical du lupus, par Jones; — Le Smegma-bacille, par Miller (an. par P. Rellay). — BIBLIOGRAPHIE : Traité de Chirurgie, par Le Dentu et Delbet ; — Handatlas der Anatomie des Menschen, par Salseholz (an. par Schwartz); — Clinical Lectures, par Arbuthnot-Lane (an. par P. Rellay). — VARIA : Laïcisation des hôpitaux; — Singuliers conseils; — Hygiène publique; L'origine du baiser; — — Les falsifications en Allemagne. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

HYGIÈNE PUBLIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. le Pr PROUST**.

Stations d'altitude et Sanatoria.

(Leçon recueillie par le Dr LAFFITTE.)

Messieurs,

Je veux vous entretenir d'une question tout à fait à l'ordre du jour, et qui se rattache aux leçons que je vous ai faites cette année sur le traitement hygiénique de la tuberculose. Je veux parler des stations d'altitude et des sanatoria.

Les stations d'altitude sont les stations de montagne à partir de 1.200 mètres. On a remarqué depuis longtemps que le bacille de la tuberculose diminue de fréquence et peut-être aussi de virulence à mesure que l'on s'élève. Il se produit ainsi une immunité relative. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Le Dr Spengler (de Davos) ayant remarqué qu'il n'existait point de tuberculeux dans la région où il exerçait, fit part de ses observations, et quelques cures retentissantes obtenues par lui montrèrent l'action bienfaisante des climats d'altitude dans le traitement de la phtisie. En 1865, Jordanet (de Mexico) montra la rareté de la tuberculose dans cette ville peuplée cependant de près de 200.000 âmes ; il y a 1 décès par phtisie sur 18, tandis qu'à Londres la proportion est de 1 sur 8 et à Paris de 1 sur 5. Les observations de La Harpe en Suisse, du Dr Brügger dans l'Engadine, sont confirmatives. Je puis donc conclure que les climats d'altitude sont favorables en général au point de vue du traitement de la tuberculose.

Il est utile que je vous montre les caractères de ces climats et les réactions qu'ils amènent dans l'organisme humain. Leur caractère fondamental, c'est la raréfaction de l'air exprimée par le baromètre. La pression barométrique est de 0 m. 76 de mercure au bord de la mer; la colonne mercurielle s'abaisse de 1 centimètre par 115 mètres d'altitude. Ainsi à Davos, situé à 1.560 mètres, le baromètre marque 0,62: à Saint-Moritz situé à 1.856 mètres, il marque 0,60. La diminution de la pression entraîne une diminution de la quantité d'oxygène contenue dans un volume d'air donné ; mais les proportions relatives de l'oxygène et des autres gaz de l'air persistent dans leurs rapports normaux.

Ainsi que le baromètre, le thermomètre descend à mesure que l'on s'élève. Il y a une différence de 1 degré par 166 mètres. L'altitude procure donc pendant l'été une fraîcheur très agréable et assez uniforme ; mais l'hiver, le froid est souvent très vif, le thermomètre peut rester pendant des mois entiers au-dessous de 0, et la neige couvre la montagne d'un épais manteau. A ce moment l'air atmosphérique est extrêmement sec, ce que révèle l'hygrométrie.

La diminution très marquée de la vapeur d'eau fait que l'atmosphère est d'une grande limpidité et que la lumière et l'insolation deviennent très intenses. Dans les sanatoria d'Aroza, de Davos, les malades se promènent au milieu de la neige, avec de simples chapeaux de paille, sans éprouver aucun malaise ni aucune sensation de refroidissement. Les conditions thermiques sont excellentes et permettent la cure d'été aussi bien que celle d'hiver dans ces sanatoria.

Les vents sont assez fréquents pendant l'été, mais ils sont de direction fixe et arrivent à une heure déterminée, ce qui est très important pour la cure, les malades pouvant s'en protéger efficacement. Ils commandent d'ailleurs l'exposition des sanatoria qui doivent être à l'abri des vents régnants. Pendant l'hiver, les vents sont très rares, et l'atmosphère uniformément calme.

Un autre avantage de l'altitude, et des plus importants, c'est la pureté de l'air qui devient aseptique. A 1.000 mètres, on ne trouve presque plus de germes, ni pathogènes, ni saprogènes. A 1.500 mètres, l'air devient d'une pureté absolue et peut être comparé à de l'air stérilisé au laboratoire. Cette pureté est un caractère important de l'air des montagnes : grâce à elle, le malade vit dans un milieu aseptique, et toute infection secondaire du poumon malade est ainsi entravée.

L'altitude produit sur l'organisme des résultats multiples et qui sont aujourd'hui bien connus. La diminution de l'oxygène est la cause des plus importantes modifications.

L'étude des végétaux aux diverses hauteurs montre que la végétation décroit et s'affaiblit à mesure qu'on s'élève. A 1.300 mètres, le sol n'est plus couvert que

de gazon dur et rêche. A 1.800 mètres, les sapins souffrent dans leur nutrition : ils sont frêles et rabougris. A partir de 2.400 mètres, la végétation est tout à fait languissante : on ne voit plus que des rochers fissurés avec quelques touffes de gazons durs et quelques plantes naines. Ces résultats de l'observation ont été contrôlés expérimentalement par Paul Bert qui produisait des abaissements progressifs de pression sous cloche, faisait germer des graines dans ces conditions, et étudiait les règles de la germination.

Ses observations ont confirmé les faits que je viens de vous signaler. Le végétal peut lutter cependant contre le dessèchement et contre la diminution de l'oxygène, résultats de l'altitude : il se défend en augmentant le nombre de ses racines qui deviennent plus profondes et en augmentant ses organes de réduction. Nous verrons plus tard que l'homme se défend aussi en augmentant le nombre de ses globules sanguins.

Chez l'homme, une des premières conséquences de l'habitation à l'altitude résulte de la diminution progressive de la quantité d'oxygène contenue dans l'air inspiré. De sorte que si le malade n'accélérait pas ses mouvements respiratoires, il n'absorberait qu'une quantité d'oxygène insuffisante pour l'hématose. Il multiplie donc le nombre des respirations et rétablit l'équilibre dans les échanges respiratoires. Si cet équilibre ne pouvait être obtenu, il s'ensuivrait un ensemble de phénomènes graves qui est connu et décrit sous le nom de mal des montagnes. Mais le mal des montagnes ne s'observe guère aux hauteurs où l'on soigne les tuberculeux (au-dessous de 2.000 mètres). Veraguth et Regnard ont étudié l'action des altitudes sur la nutrition et les modifications physiologiques qu'elles entraînent. Le nombre des respirations augmente à mesure que l'on s'élève; cette augmentation persiste pendant une semaine, puis les mouvements respiratoires diminuent progressivement de nombre et reviennent à la normale. La respiration devient plus ample parce que certaines parties du poumon paresseuses se mettent en jeu. A Barèges, situé à 1.270 mètres d'altitude, on a remarqué qu'au bout de quelques mois, la circonférence thoracique des infirmiers a augmenté de 2 à 3 centimètres. Veraguth, observant sur lui-même, respirait 2 litres, 7 à Zurich et 3 litres, 5 à Saint-Moritz, dans les premiers jours, 3 litres après quelques semaines de séjour.

Du côté du système circulatoire, on note la même suractivité fonctionnelle au début. Les battements du cœur s'accélèrent d'une manière notable ; mais, chose à signaler, il n'y a pas de modification appréciable de la tension artérielle. Veraguth insiste sur ce point et fait remarquer que l'altitude ne prédispose en aucune façon aux hémorragies. D'ailleurs, au bout de quelques jours, l'excitation cardiaque disparaît et le nombre des pulsations redevient normal.

La composition du sang se modifie à l'altitude. Les premiers travaux à ce point de vue remontent à Paul Bert. Il demanda aux voyageurs de lui envoyer du sang d'animaux vivant à différentes hauteurs, et il trouva que ce sang absorbait plus d'oxygène que le sang des mêmes animaux de nos pays. En 1883, Muntz fit des expériences comparatives sur plusieurs lots de lapins observés les uns à Tarbes, les autres au Pic-de-Bigorre (2.877 mètres) : il trouva que le sang des lapins élevés à la montagne contenait plus de fer et avait une capacité d'absorption pour l'oxygène, plus grande que celui des lapins conservés dans la plaine. Regnard a montré qu'il y a une augmentation des globules rouges qui se manifeste très rapidement après l'arrivée de sujets sur les montagnes. Il y a une véritable *explosion numérique* (Regnard), de sorte que les globules rouges, de 4 à 5 millions par millimètre cube, passent à 6 et même 7 millions. L'augmentation continue pendant six mois environ. Quand les sujets retournent vivre dans la plaine, les globules descendent à leur taux ordinaire, s'il s'agit d'individus sains; mais s'il s'agit de malades et en particulier d'anémiques, l'augmentation des hématies persiste dans une certaine mesure, ainsi que l'amélioration de l'état général. Les expériences de Egger et de Mercier à Aroza confirment les données précédentes.

Ces résultats ont été récemment attaqués par Gravitz (1895). Il pense qu'il s'agit bien moins d'une augmentation absolue du nombre des globules rouges que d'une concentration du sang par suite d'une évaporation pulmonaire et cutanée plus active. La stimulation de l'organisme sur les hauteurs reconnaîtrait pour cause cette concentration du sang. L'augmentation de la diurèse dans les premiers jours et la diminution de la quantité d'urée excrétée, plaideraient en faveur de cette hypothèse.

Les organes profonds se décongestionnent à l'altitude, et en particulier les organes thoraciques. La respiration devient plus facile, et les mouvements respiratoires plus profonds, de sorte que toutes les parties du poumon se déplissent et concourent à l'hématose. Ces modifications sont appréciables si l'on ausculte régulièrement les malades : on est étonné de la rapidité avec laquelle s'améliorent les altérations broncho-pulmonaires. Un autre résultat que l'auscultation permet facilement d'apprécier, c'est la diminution très rapide de l'expectoration, par suite de l'introduction dans la poitrine d'un air pur et aseptique.

La température n'augmente pas à l'altitude. L'état général s'améliore sensiblement, l'appétit augmente et permet la suralimentation; le malade engraisse, la peau devient plus colorée et prend même une teinte pigmentée caractéristique. Les malades sentant leurs forces revenir éprouvent le besoin de marcher, de faire de l'exercice, et dépasseraient souvent le but, si le médecin n'était là pour les avertir. Il faut, surtout au début de la cure, éviter toute fatigue; sinon il survient des palpitations et une élévation de la température. C'est le repos qu'il faut au malade au commencement du traitement.

Tels sont, Messieurs, les caractères principaux des climats d'altitude et les réactions diverses qu'ils impriment à l'économie. Ces préliminaires m'ont paru nécessaires avant d'entrer dans l'étude des sanatoria; car s'il existe des sanatoria dans la plaine aussi bien que dans la montagne, c'est surtout les sanatoria d'altitude que je tiens à vous faire connaître ici.

Les sanatoria sont des établissements où l'on met en pratique les règles du traitement hygiénique de la tuberculose. Deux médecins ont surtout attaché leur nom à ce mode de traitement : le D[r] Brehmer qui a établi le premier sanatorium, celui de Göbersdorf en Silésie, et qui a prôné l'idée des établissements fermés ; le D[r] Detweiler qui a fondé le sanatorium de Falkenstein et qui a mis le premier en pratique la cure par le repos. Jaccoud a beaucoup préconisé en France l'utilité des *sanatoria*. Un grand nombre d'établissements similaires ont été ouverts en Allemagne et en Suisse, surtout, et je vous citerai tout à l'heure les principaux.

Il est un certain nombre de conditions indispensables

qu'on doit toujours avoir en vue dans la fondation d'un sanatorium. Et d'abord les conditions sanitaires : il faut que le pays dont on fait choix soit absolument salubre, qu'il n'y ait pas d'endémie ou d'épidémie de fièvre typhoïde, que la malaria y soit inconnue. Ces conditions, dont vous sentez facilement l'importance, sont absolument indispensables. Il y a ensuite les conditions hygiéniques. La recherche d'une bonne eau potable est le point le plus important. Ce desideratum est assez facile à réaliser : si l'on choisit un pays de montagne, les sources y sont abondantes et faciles à capter. L'eau sera canalisée afin d'éviter les impuretés du sol et les souillures accidentelles. L'importance de ce fait est bien connue. La ville de Cannes reçoit son eau potable des montagnes qui la dominent; mais cette eau circule à ciel ouvert, elle reçoit diverses immondices qui ont été la cause d'une épidémie de fièvre typhoïde il y a quelques années. Les matières usées dans les maisons, les hôtels, les villas seront éliminées le plus promptement possible par une canalisation bien entendue, afin qu'il n'y ait aucune communication possible avec l'extérieur.

Le sanatorium devra avoir des ressources thérapeutiques suffisantes. La présence constante d'un ou plusieurs médecins est absolument indispensable : il est des accidents toujours possibles, tels que l'hémoptysie, qui réclament des soins immédiats et éclairés. Une pharmacie devra aussi être jointe à chaque établissement. Il sera bon d'avoir une vacherie pour le lait dont les malades ont un besoin constant; on pourra surveiller les qualités de ce liquide et se rendre compte, par l'épreuve de la tuberculine, que les animaux sont absolument indemnes de tuberculose. L'existence d'une vacherie permettra la possibilité des cures de lait. Il faut aussi que les ressources alimentaires soient suffisantes. La proximité d'un grand centre où les approvisionnements sont faciles est à rechercher; mais il faut se garder de tout excès dans ce sens, et le sanatorium ne devra pas être trop rapproché d'une grande agglomération.

Il est enfin, un certain nombre de conditions qui regardent le sanatorium lui-même et que je dois vous indiquer. Le Dr Turban les a exposées avec le plus grand soin.

Le lieu choisi sera éloigné des usines et des grands établissements industriels pour éviter la fumée, la poussière et les gaz toxiques qui s'en échappent. A ce point de vue, l'avantage revient aux lieux élevés; mais l'altitude n'est pas absolument indispensable et nous verrons que des sanatoria ont pu être établis au bord de la mer ou à des hauteurs de quelques centaines de mètres seulement. On pourra choisir une vallée ouverte vers le midi, et protégée contre les vents du nord par des montagnes. Le sol doit être perméable afin que le drainage des eaux soit facile. Il sera bon de rechercher le voisinage d'une forêt de sapins. Les sanatoria ne doivent pas contenir un nombre excessif de malades, on ne doit pas dépasser une centaine. La façade principale sera orientée vers le midi, à moins que la direction habituelle des vents ne force à modifier un peu cette orientation.

Les chambres à coucher seront exposées au midi autant que possible; et dans tous les cas elles devront recevoir le soleil pendant plusieurs heures par jour. Il est préférable que chaque malade ait sa chambre; ou, si cela est impossible, on ne devra jamais mettre plus de quatre lits dans la même pièce. Les fenêtres seront munies d'impostes mobiles pour favoriser l'aération. Les murs, les plafonds, les fenêtres, les portes seront unis et sans cannelures. Les angles des chambres seront arrondis. — On devra proscrire les tentures et tous les objets d'ameublement inutiles. Le lit sera en fer et démontable afin de pouvoir être facilement désinfecté. Le parquet sera recouvert de linoléum. Enfin chaque chambre à coucher doit cuber au minimum trente mètres par personne et par lit.

Des vérandas seront exposées au midi et défendues contre le vent. Des stores mobiles permettront de se protéger contre la chaleur trop forte et contre les vents trop violents. Les vérandas seront vastes, de façon à pouvoir contenir à la fois tous les malades; elles seront assez profondes pour faciliter la circulation autour des chaises longues. Chaque malade aura une chaise longue soit à dossier fixe incliné à 45°, soit à dossier mobile. Des *crachoirs* nombreux seront installés dans les diverses parties du sanatorium. Ils seront en porcelaine ou en fonte émaillée et placés à hauteur de la poitrine. De plus chaque malade aura un crachoir de poche; le crachoir de Detweiler est le plus simple et le plus pratique.

Le médecin du sanatorium doit habiter tout à fait à proximité, afin qu'il puisse répondre immédiatement au premier appel et parer aux accidents inprévus qui peuvent se produire. Il aura soin de n'admettre que des tuberculeux curables et les soumettra au besoin à une observation préalable.

La nourriture sera saine et abondante et les repas réglés par le médecin. Les malades devront se soumettre absolument à ses avis et à ses observations dans l'intérêt de la cure.

Ces principes généraux étant établis, je veux vous décrire quelques-uns de ces établissements qui me paraissent le mieux aménagés et qu'on peut prendre comme modèles. On peut diviser les sanatoria en sanatoria pour malades riches et sanatoria pour malades pauvres. Ces deux types sont réalisés en Allemagne et en Suisse; en France, ils ne sont encore qu'à l'état de projet.

Le modèle des sanatoria pour malades est le sanatorium de Hohenhonnef; c'est le plus riche et le plus élégant de tous. Il a été ouvert en 1892 et contient 74 chambres. Il est dirigé par le Dr Meissen, ancien assistant de Detweiler. Il est situé à une attitude de 158 mètres, sur la rive droite du Rhin, au-dessus de la petite ville de Honnef que la douceur de son climat a fait surnommer *la Nice du Rhin*. L'hiver y est doux et de courte durée, l'été y est rarement très chaud. Les constructions sont étagées sur la colline des Sept-Montagnes qui domine le Rhin en cet endroit. Le sanatorium comprend trois étages; les chambres sont vastes et ont un cube de 60 mètres. Chaque chambre est coquettement meublée, mais sans tentures ni ornements inutiles; la ventilation se fait par un double système de vasistas placés à la partie supérieure et inférieure de chaque fenêtre. Un balcon entoure chacun des étages; il communique avec chaque chambre au moyen de larges portes-fenêtres qui permettent la sortie des chaises longues, et la cure au repos sur le balcon. L'éclairage se fait par l'électricité, le chauffage par la vapeur d'eau à basse pression; il existe à chaque étage des ascenseurs électriques.

Les vérandas pour la cure entourent le bâtiment principal et sont protégées par des rideaux contre les courants d'air et contre le soleil. Les malades peuvent

y séjourner pendant tout le jour et même jusqu'à 10 ou 11 heures du soir.

L'établissement est entouré par un magnifique parc de 25 hectares, percé de routes agréables et faciles. Il existe de petits pavillons dans le parc; quelques-uns sont mobiles, de façon à protéger le malade contre les ardeurs du soleil ou la violence du vent. Un pavillon tout à fait isolé est destiné à recevoir les malades atteints de maladies contagieuses. Une étable est annexée au sanatorium et reçoit la visite hebdomadaire d'un vétérinaire. Les matières fécales sont désinfectées par un procédé chimique et deviennent par là tout à fait inoffensives.

Les constructions destinées à la production de l'éclairage, au blanchissage, à la désinfection, sont situées au loin, dans la vallée, et reliées au sanatorium par un chemin de fer funiculaire, de telle sorte que les malades sont préservés du bruit, des poussières et de la fumée.

A côté de ce sanatorium, je puis vous citer en Allemagne le sanatorium de Falkenstein, dirigé par le Dr Detweiler, et inauguré en 1876. Il est situé à une altitude de 400 mètres, sur le versant méridional du Taunus, bien abrité contre les vents du nord, et largement ouvert à l'ouest sur la plaine du Mein. Le climat de Falkenstein est tempéré; il n'y a pas de variations brusques du thermomètre, et les soirées sont remarquables par le calme de l'atmosphère et l'égalité de la température.

Je vous citerai encore les sanatoria de Göbersdorf qui sont au nombre de trois : celui du Dr Brehmer, le plus ancien; celui du Dr Römpler; celui du Dr Weicker; — le sanatorium de Saint-Blasien dirigé par le Dr Sander; — celui de Nordrach, dans la Forêt-Noire, dirigé par le Dr Otto Walther.

En Suisse, il existe un grand nombre de sanatoria pour malades riches. Celui de Leysin est le plus connu des Français, qui s'y rendent en nombre. Il est situé à une altitude de 1.450 mètres, à une faible distance du village du même nom. Il est desservi par la station d'Aigle, située sur le chemin de fer du Valais : il faut 3 heures de voiture pour aller de cette station à Leysin. Il est protégé contre les vents du nord par de hautes montagnes qui le dominent de plus de 600 mètres; il est entouré par une magnifique forêt de sapins où les malades vont faire leur promenade. L'établissement est bien aménagé et contient 110 lits. Ce qui est surtout remarquable à Leysin, c'est le magnifique panorama qui se déroule sous les yeux des malades, et qu'on ne trouve dans aucun autre sanatorium.

Le sanatorium de Davos, dirigé par le Dr Turban, et celui d'Aroza, dirigé par le Dr Jacobi, sont des établissements bien aménagés et qui attirent tous les ans de nombreux malades.

La France possède peu de sanatoria. Un fonctionne régulièrement; c'est celui du Dr Sabourin, situé au château de Durtol, près de Clermont-Ferrand. Il ne contient que 30 lits.

Le sanatorium du Canigou, à Vernet-les-Bains, est à une altitude de 700 mètres. C'est simplement une réunion de vérandas d'où l'on se rend des hôtels voisins pour la cure. On vient de construire un hôtel de 70 lits près des verandas, ce qui facilitera le traitement des malades.

A côté de ces établissements pour malades riches, où le prix de la pension est élevé il existe des sanatoria pour malades pauvres où, pour un prix modique, on peut avoir les bienfaits de la cure. Celui de Davos-Dorfli peut être regardé comme un modèle.

C'est le sanatorium de la ville de Bâle qui a été inauguré en décembre 1896. Il est situé à 1.200 mètres d'altitude à mi-chemin du lac de Davos qu'il domine, et du gros bourg de Davos-Platz, dans une haute et large vallée du canton des Grisons. Il est composé de trois étages et renferme 78 lits. La façade est tournée vers le sud-ouest, à l'abri du vent. Le rez-de-chaussée est occupé par les salles de réunion des hommes et des femmes, la salle à manger, le cabinet du médecin, le laboratoire, etc. Les trois étages renferment les chambres des malades, la plupart à un lit, et quelques-unes seulement à deux et quatre lits. L'ameublement est en sapin verni, il est simple, très propre et très coquet. Chaque malade dispose de 40 mètres cubes d'air dans les chambres à un lit et de 28 mètres cubes dans les autres chambres. Les angles des pièces sont partout arrondis; les plafonds peints à l'huile. Il y a des tapisseries faites d'un tissu de lin très résistant qui se lave à la brosse, et dont la vue est très agréable.

La véranda se développe devant toute la façade ; elle est large et haute, vitrée aux extrémités et peut contenir 50 chaises longues. Son plancher est séparé du sol par des poutrelles qui reposent sur du ciment. Le chauffage se fait à l'aide de la vapeur, et l'éclairage par l'électricité. Le prix de la pension varie entre 2 et 5 francs par jour suivant l'état de fortune des malades.

Cet établissement, que la ville de Bâle met au service des nécessiteux, est un modèle ; il est dirigé actuellement par le Dr Kündig.

Il y a quelques mois à peine le canton de Glaris a ouvert un nouveau sanatorium pour malades pauvres, sanatorium de Braunwald. Il est situé à une altitude de 1.150 mètres, et à une heure de marche au-dessus des bassins de Stachelberg. Bien exposé au soleil, protégé contre les vents par les forêts voisines, il offre une vue très pittoresque sur la vallée de la Linth et les belles montagnes qui la délimitent.

En Allemagne, le sanatorium de Ruppertshain est aussi destiné aux nécessiteux. Il est situé à une heure de voiture du sanatorium de Falkenstein et occupe sur le versant méridional du Taunus une position admirable avec une vue superbe sur toute la plaine du Mein. Les sexes y sont séparés en deux bâtiments spéciaux. Il n'existe pas de forêt dans le voisinage, et les promenades se font dans un terrain adjacent et bien aménagé. Le sanatorium de Ruppertshain est sous la direction du Dr Nahm, ancien assistant de Detweiler.

La France ne possède pas encore de sanatorium proprement dit pour les indigents. L'hôpital d'Ormesson et l'hôpital de Villiers sont destinés aux enfants pauvres; ils contiennent 350 lits. L'hôpital de Villepinte, en Seine-et-Oise, est réservé aux femmes et peut donner asile à 270 tuberculeuses; enfin à Hyères, existe un petit établissement de 18 lits réservé à des tuberculeuses peu atteintes.

Lyon aura bientôt un sanatorium à la disposition de ses tuberculeux indigents. Le sanatorium d'Hauteville, situé à une hauteur de 900 mètres, dans la portion montagneuse du département de l'Ain, sera largement aéré, bien protégé contre les vents du nord-est, et entouré d'une forêt de sapins de plusieurs hectares. La construction en est déjà avancée.

L'Assistance publique fait construire en ce moment un sanatorium pour indigents à Angicourt, dans l'Oise. Cet établissement placé sur un plateau de 95 mètres



Pour les annonces, s'adresser à M. H. DURAND, 14, rue des Carmes.


LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES
pour Malades et Blessés
DUPONT
FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)
Fournisseur des Hôpitaux
à PARIS, 10, Rue Hautefeuille
(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.
Table à spéculum et à opérations, à transfons diverses, système du professeur BOUILLY, de Paris.
Table Aseptique. Plan incliné facultatif, système du Dr H. DELAGENIÈRE, du Mans.
Table métallique, Patins à coulisses, Coussins mobiles, hauteur réglable.
OUVERT
FERMÉ
FAUTEUIL à SPECULUM
TABLE à SPECULUM et opérations. Système du Prof. Pozzi. Cuvette émaillée pour lavages.
CANAPÉ à SPECULUM et à OPÉRATIONS
Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'etaux.
Fermé et dissimulé. Ouvert pr ausculter. Développemt speculum
Sur demande, envoi franco du Grand Catalogue Illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE


OBESITÉ — GOITRE
MYXŒDEME
THYROÏDINE FLOURENS
PASTILLES : ADULTES, 2 à 4 p. jour ; ENFANTS, 1 à 2 p. jour
PILULES : ADULTES, 8 à 20 p. jour ; ENFANTS, 1 à 8 p. jour
Expérimentées dans les hopitaux, ces préparations rigoureusement dosées ont donné les résultats les plus satisfaisants. Chaque pastille contient exactement 20 centigrammes de corps thyroïde frais et sain provenant du mouton et les pilules 5 centigrammes.
Leur mode d'administration est facile, leurs effets sont très rapides et l'amélioration qu'elles déterminent est de longue durée.
PHARMACIE FLOURENS, à BORDEAUX ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.
PARIS, Société Française de Produits Pharmaceutiques, 9 et 11, Rue de la Perle.

d'altitude sera distant de 3 kilomètres de la ville de Liancourt. Il sera situé au milieu de plantations de sapins, et jouira d'une vue agréable sur la vallée de l'Oise. Il pourra hospitaliser 200 malades.

Maintenant que vous connaissez ce que sont les sanatoria, je veux vous dire quelques mots du traitement que les médecins qui les dirigent font suivre à leurs malades.

La *cure d'alimentation*, surtout prônée par Detweiler, serait mieux dénommée *cure de suralimentation*. Le tuberculeux doit doubler la ration d'entretien d'un individu bien portant; mais il ne faut pas d'emblée forcer le malade à prendre des doses considérables d'aliments; c'est petit à petit et en laissant au patient une grande latitude dans le genre des mets qu'on arrivera à la ration alimentaire souhaitée. Les aliments azotés sont les meilleurs pour les tuberculeux : on recommandera donc la viande, la volaille, le poisson, les œufs. Les viandes rouges et saignantes, la viande crue prise avec du bouillon ou sous forme de sandwich, les viandes bouillies ou braisées sont à recommander par dessus tout. L'usage de la poudre de viande préparée dans du bouillon ou dans du lait aromatisé est très efficace. Si l'on doit en faire absorber de grandes quantités, l'usage de la sonde sera préférable, d'autant que M. Debove a démontré qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'appétit des malades et leurs facultés digestives. Les poissons sont aussi très utiles, tant à cause de leur digestibilité que des sels et en particulier des phosphates qu'ils contiennent. Les œufs sont très bien tolérés par les tuberculeux, on peut les faire absorber crus ou cuits, seuls ou mélangés à du lait, à du vin de Marsala, à du curaçao.

Les matières grasses sont indispensables. Sous forme de beurre, de poissons à l'huile, les tuberculeux peuvent en absorber de grandes quantités. L'huile de foie de morue est une préparation excellente; malheureusement elle n'est pas toujours bien supportée, elle peut provoquer un état nauséeux et entraver alors l'alimentation. Il sera prudent de n'en donner que de petites quantités à la fois.

Les matières hydrocarbonées, les légumes secs réduits en purée, les pommes de terre, les pâtes d'Italie, le riz, conviennent aux tuberculeux et sont presque toujours bien supportés.

Le lait est un aliment excellent; c'est de plus un aliment complet. Mais il ne peut servir tout seul à la suralimentation, à cause de la grande quantité qu'il en faudrait faire absorber. Il sera utile comme nourriture complémentaire et comme diurétique. On peut le prendre cru, si on est sûr de sa provenance, et bouilli le plus souvent. Si les malades ont de l'atonie des voies digestives, on pourra prescrire le koumys ou le képhir, laits de jument ou de vache fermentés.

L'usage de l'alcool peut être toléré à petites doses si l'émonctoire rénal est en bon état et s'il s'agit de sujets jeunes. Mais s'il entrave le jeu des fonctions digestives, il faudra le proscrire.

Un deuxième point du traitement dans les sanatoria, c'est la *cure à l'air*. Elle doit se faire le jour et la nuit; le jour dans les vérandas dont je vous ai déjà parlé; la nuit grâce aux impostes que je vous ai décrites et aussi grâce à la fenêtre ouverte. Si la température est très froide, comme dans les stations d'altitude, on peut chauffer la chambre pendant la nuit, tout en maintenant l'aération permanente. Pourvu que le malade soit bien enveloppé dans son lit, il peut supporter la température de 5 à 10 degrés sans inconvénient.

La cure à l'air doit être une *cure de repos*. C'est un moyen certain d'éviter les complications pulmonaires qui viennent parfois compliquer le traitement. Le repos sera physique et intellectuel; le malade, s'il veut guérir, doit absolument renoncer à toute fatigue cérébrale de quelque nature qu'elle soit.

Tous les exercices violents, l'escrime, l'équitation, la bicyclette seront absolument interdits. Mais il ne s'ensuit pas que le malade doive rester immobile. Un exercice modéré, variable suivant l'état des forces du malade et suivant l'état des organes, pourra être utile. Le thermomètre sera un bon guide dans tous les cas. Si après un exercice modéré, après une promenade, après un effort cérébral quelconque, il se produit une élévation de la température, c'est une preuve que le but a été dépassé et que l'exercice a été nuisible. Si la température du malade est constamment au-dessus de 38°, il y a lieu d'exiger qu'il fasse sa cure au lit. Si un effort, même minime, s'accompagne de tachycardie, le médecin devra prescrire le repos.

La *gymnastique respiratoire* est souvent d'une grande utilité chez les tuberculeux qui n'ont pas de tendance aux hémoptysies. Il faut apprendre aux malades à respirer profondément et lentement, afin de déplisser toutes les parties du poumon d'une manière méthodique. Plusieurs fois par jour les patients devront faire une vingtaine d'inspirations et d'expirations lentes et profondes. Quant à la gymnastique générale, elle devra être interdite dans la majorité des cas.

La peau sera l'objet de soins assidus. Les frictions, les lotions, les enveloppements humides seront utiles contre les accès de fièvre vespéraux et aussi pour combattre les points de côté et les douleurs thoraciques. Les douches froides sont très préconisées dans les sanatoria; il faut cependant faire quelques réserves, car on a cité des cas de pleurésie et d'hémoptysies à la suite de douches cependant bien données.

Tels sont, Messieurs, les points que je voulais discuter devant vous. Les sanatoria présentent de grands et incontestables avantages. Leur fréquentation apprend aux malades l'importance du traitement hygiénique de la tuberculose. Les tuberculeux peuvent se rendre compte de l'utilité des prescriptions auxquelles on les a soumis; et rentrés chez eux, ils peuvent se diriger eux-mêmes et hâter leur guérison. Le sanatorium est surtout utile au tuberculeux pauvre ou encore au tuberculeux riche qui n'a pas de famille; mais pour qu'ils en retirent tout le profit qu'ils peuvent espérer, il faut que les lésions qu'ils présentent ne soient pas trop avancées.

Que deviennent les tuberculeux qui sortent améliorés ou même guéris des sanatoria? C'est un point qu'il est difficile d'élucider. Et même si le malade est regardé comme guéri, s'agit-il d'une guérison absolue ou relative? Les statistiques que l'on a publiées sur ce point ne sont pas assez catégoriques pour qu'on puisse les accepter sans réserves.

Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques. — La septième session de ce Congrès aura lieu à Paris du 4 au 9 avril 1899, sous la présidence d'honneur de M. Th. Roussel et sous la présidence effective de M. le Dr Legrain. La cotisation est fixée à cinq francs. Les adhésions seront reçues avant le 15 janvier 1899. Prière de les adresser à M. le Dr Boissier, secrétaire général du Congrès, 18, rue de Condé à Paris (librairie Nathan).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une visite à l'hôpital Broca.

Le nouveau service de gynécologie de l'hôpital Broca, dont j'ai déjà entretenu les lecteurs du *Progrès médical* avant son achèvement, est aujourd'hui complètement terminé, et M. le Président de la République a pu présider en personne à son inauguration, le 21 décembre dernier.

Au risque de revenir sur ce que j'ai dit, il y a quelques mois, je rappelerai en quelques lignes la composition du service.

L'architecte qui a présidé aux travaux, a su tirer un parti merveilleux du terrain d'angle qui constituait autrefois le jardin de Lourcine, terrain où l'Administration avait élevé, il y a quelque 20 ans, d'immondes baraques qui abritaient tant bien que mal ce que l'on appelait le service de chirurgie de M. Pozzi. Ces baraques ont vu d'admirables choses, et M. Pozzi accomplit sous leurs pitoyables lambris de véritables prouesses opératoires aux temps héroïques de la toute première antisepsie.

Aujourd'hui, un véritable palais d'élégance et de confort a remplacé les assemblages de planches disjointes. On peut dire que l'on a construit dans la vénérable enceinte de Lourcine, un nouvel hôpital indépendant, l'hôpital Broca. L'importance de ce jeune hôpital, son activité de ruche, et l'impression d'attirance qu'il dégage sont telles, qu'il a suffi qu'il paraisse pour que l'antique nom de Lourcine tombât en désuétude et pour que le morne couvent de Cordeliers qui abrita si longtemps les filles folles de leur corps, fût débaptisé... Les héros couvrent d'ombre leurs pères et absorbent souvent jusqu'à leurs noms...

L'entrée du service est rue Pascal. Deux portes donnent accès : une permet d'arriver directement au cœur du service, l'autre s'ouvre dans la consultation.

Cette consultation comprend un immense hall où séjournent les malades du dehors attendant leur tour de visite. Murs et parquets sont propres, l'air circule à flots, des images coloriées égayent la vue et font prendre patience, les sièges sont nombreux et confortables, une pancarte invite les malades à se présenter au médecin sans corset... *times is money.*

La consultation comprend plusieurs salles d'examen, de pansement, d'électricité, de massage, etc. C'est là un petit service à part, possédant une autonomie indépendante.

Le chirurgien en chef, M. Pozzi, arrive par la porte latérale de la rue Pascal, à l'extrémité opposée. Il entre chez lui, par un élégant perron à rampe de fer, et à sa suite on pénètre dans une vaste galerie vitrée, sur laquelle s'ouvrent de nombreuses portes. Tout de suite à gauche en entrant, le laboratoire, la salle de photographie, le cabinet de la surveillante, l'intelligente Mme Pinson, l'âme du service. En face, le vestiaire des élèves, la lingerie, le cabinet du Chef.

Les murs de cette galerie sont un enchantement.

Clairin les a couverts de fresques admirables. Une voile qui se tend sous la brise, une mer qui frémit, et sur le bord des jeunes femmes, jolies à ravir, casquées de fleurs comme Gismonda, semblent indiquer à ceux qui sont au large qu'elles ont rencontré l'asile de santé et de calme. A côté, c'est toujours par Clairin, « la santé rendue aux malades ».

Les salles d'hospitalisation s'ouvrent à droite et à gauche de ce long couloir, à chaque extrémité. Il y a trois salles de gynécologie placées sous le patronage d'Huguier, d'Alphonse Guérin, de Broca; une salle d'accouchement qui reçoit les seules syphilitiques, c'est la salle Récamier. Il existe encore de petites chambres d'isolement pour les grandes malades.

On a encore ménagé un petit groupe de trois pièces où sont reçues les malades entrantes encore infectées. Dès leur arrivée elles sont dévêtues, mises au bain, passées au tub et couchées dans une chambre d'isolement, cela par une infirmière qui ne pénètre pas dans le reste du service.

Aux salles d'hospitalisation sont annexés un parloir et une salle de réunion pour les convalescentes. Une grande table recouverte d'un tapis vert, avec encre, papier à lettre, jeux divers, occupe le milieu de la pièce; au mur des rayons remplis de livres : romans, magazines.... Deux larges baies ouvrent sur un jardin.

Les murs des salles de malades sont couverts de fresques dues au pinceau d'artistes célèbres. Voici une magistrale esquisse de Dubufe, qui promet d'être un enchantement lorsqu'elle sera peinte. Ici Bellery-Desfontaines, le peintre de Sigurd et des Valkyries, nous apporte l'espérance sur le grande voile d'une fantastique galère que poussent des rames éperdûment actives et dont la proue en rostre de goëland frangée d'écume, semble exprimer la hâte.

Je m'entretenais devant ces peintures avec un savant économiste, doublé d'un délicat artiste, M. G. Raphaël-Lévy, et j'aimais à l'entendre louer l'intention qui avait présidé à cette décoration réconfortante de salles destinées à abriter des tristes... Il évoquait devant moi les coutumes d'autrefois et me rappelait qu'en Italie, en Espagne, dans les Flandres, les plus purs chefs-d'œuvre ornaient des salles d'hôpital où on va les admirer encore. Tels les Memling de l'hôpital de Bruges.

Je ne sais si c'est une illusion, mais sous ces splendeurs murales, les malades ont des airs de fête, et leur œil s'éclaire d'un reflet que je n'ai rencontré nulle part ailleurs.

L'assistance se presse, unanimement louangeuse. Le Président de la République va d'un lit à l'autre, s'approchant de toutes, disant doucement des paroles de bonté. Il s'informe et discrètement soulage des misères. Tout cela est simple, grand et d'une majesté imposante.

Nous entrons maintenant dans la partie reservée aux cours et aux opérations.

Le grand amphithéâtre est certainement ce qui existe de mieux dans le genre. Eclairé par une large baie verticale et par la rosace du plafond, il est entièrement en ciment, et ses gradins sont garnis de tabourets supportés par un pied unique, en fer. Une rampe en cuivre, placée dans la partie la plus élevée, permet de l'inonder d'eau en quelques minutes. L'eau s'écoule des gradins en cascade jusque dans la partie la plus dé-

Rue Pascal

Entrée de la Polyclinique
Entrée de la Consultation
Salle d'attente de la Consultation
Electricité
W.C.
Lavabos
Cabinet des élèves
Salle d'examen
Concierge
Vestiaire des élèves
Cabinet du Docteur
Salle de pansements
Salle de speculum
Entrée des élèves
Photographie
Bureau
Laboratoire
Surveill.
Bains
Lavabos
Vidoir
W.C.
Salle Alphonse Guérin
Salle Paul Broca
Isolées
Change et réserve
Salle Récamier
Vestiaire des élèves
Bains
Isolées
Bains de siège
Petit office
Linge sale
Salle de pansements
Lingerie
Jardin
Parloir des malades
Grand office
Toilette et balnéation
Entrée du service
Isolées infectées
Convalescentes
Cabinet du Chef
Salle Huguier
Vestiaire des malades
W.C.
Linge sale
Douches Injections
Salle de stérilisation
Salle d'opérations aseptiques
Instruments
Chloroforme
Musée
Gd Amphithéâtre et Salle d'opérations septiques
Vestiaire des élèves externes
Petite salle d'appareils
Entrée du pavillon des salles d'opérations
J. ROCHET, Architecte
Rue Corvisart
NORD

Bouches de chaleur.
Radiateurs circulaires.
— " — droits
Lavabos
Boîte à pansements souillés.

HÔPITAL BROCA
ANNEXE PASCAL

Échelle
0 10 20 30 40 50 Mèt

Fig. 1.

Mètres
0 2 4 6 8

Linge sale
Instruments
Radiateur
Armoire
Vitrine
Chloroforme
Lavabo
Radiateur
Fourneau à gaz
Filtre
Grille
Nord
Entrée du pavillon des salles d'opérations
Radiateur
Lampe électrique
Lampe électrique
Radiateur
Grand Amphithéâtre et Salle d'opérations septiques
Vitrine
Bouche de chaleur
Bouche de chaleur
Bouche de chaleur
Bouche de chaleur
Radiateur
Radiateur
Lampe électrique
Lampe électrique
Lampe électrique
Table
Evier
Fourneau à gaz
Filtre
Petite salle d'appareils
Vidoir
Poissonnière
Réchauffeur
Autoclave
Chaudière de l'étuve
Grande étuve à vapeur sous pression
Salle de stérilisation
Étuve sèche
Lavabos
Radiateur
Radiateur
Autoclave
Filtre
Réchaud à gaz
Réchauffeur
Chauffe-linge
Vidoir
Poissonnière
Lavabos
Radiateur
Salle d'opérations aseptiques
Lavabo
Radiateur
Radiateur
Radiateur
Balcon
Balcon
Balcon
Balcon
Radiateur
Radiateur
Lavabos
Radiateur

Fig. 2.

clive où elle est envoyée dans les égouts. La propreté est ainsi fort heureusement assurée. Cet amphithéâtre est destiné aux cours et aux opérations septiques.

A côté nous trouvons une salle de laparotomie pouvant se laver à grande eau, comme l'amphithéâtre. Les murs sont en opaline. La salle de stérilisation communique avec elle. Elle est munie d'appareils très ingénieux, permettant de rendre aseptiques instruments, objets de pansements, et accessoires divers.

Le service est entièrement construit en rez-de-chaussées. Les murs sont en briques et fer; la couverture est en tuiles. Les parquets sont carrelés en grès.

L'air destiné à la ventilation est amené du dehors au centre de radiateurs qui l'échauffent, passe dans la salle et est repris par des cheminées d'appel qui s'ouvrent au plafond. Chaque malade dispose de 41 mètres cubes d'air. L'éclairage est électrique. Les water-closets, les salles de bain, les lavabos sont très multipliés. Il y a même une salle de bain à eau courante qui est appelée à rendre les plus grands services. Le mobilier est à l'avenant. Tel est ce service qui fait le plus grand honneur à Paris et à la France. On peut hardiment affirmer qu'il n'y a pas mieux à l'étranger. Le prix de revient est unique : alors qu'à Boucicaut, chaque lit de malade a coûté 18.750 francs, le même lit revient à Broca à 4.800 francs.

Ces beaux résultats, cette harmonie de forme, cette parfaite compréhension des besoins d'un service et des desiderata de la vraie chirurgie, sont dus à la collaboration du chirurgien et de l'architecte.

M. Pozzi, aidé de M. Jayle, a surveillé journellement l'exécution d'un plan qu'il avait conçu, et qui a été habilement exécuté par M. Rochet, le distingué architecte.

Il est bon de dire que si les baraques de Lourcine-Pascal ont été abattues et remplacées par les nouvelles constructions, c'est à M. Pozzi qu'il faut en faire remonter le mérite. C'est à sa ténacité, à son énergie persévérante, que l'on doit d'avoir vu se réaliser une œuvre aussi indispensable qu'urgente.

Il faut maintenant que la Faculté se décide à créer la chaire officielle de gynécologie que lui réclame depuis si longtemps et si impérieusement l'opinion publique. Les plus petites Universités étrangères sont dotées d'une chaire d'enseignement des maladies des femmes... seule la France attend.

Il nous semble qu'après ce que nous avons vu au nouvel hôpital Broca, la Faculté ne saurait hésiter à placer dans ce nouveau service la chaire de l'enseignement gynécologique. Ne serait-il pas équitable qu'elle confiât cet enseignement à celui qui a écrit le Livre et édifié le Temple?... J.-S. Dauriac.

L'art d'être mendiant. — Un Anglais qui réside dans le beau quartier de Kensington vient d'ouvrir une vaste agence de mendicité. L'agence se charge d'aider ses clients par des conseils et des leçons pratiques, naturellement contre le versement d'une certaine somme. Le directeur possède les adresses des personnages connus pour leur générosité. Pour la somme d'une demi-guinée (13 francs) on obtient l' « Excelsior Liste » avec cinq cents noms. La même liste à quinze cents noms, coûte 25 shillings (32 fr. 60 c.). Le prix est toujours versé très volontiers. Le directeur fournit aussi à ses clients des lettres touchantes pour personnes charitables. Si le résultat est favorable, il est payé en proportion du secours obtenu. (*L'Aurore*.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 janvier 1899. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

M. de Bourgon. — La thérapeutique oculaire a employé récemment le *bromhydrate de scopolamine*, cet alcaloïde extrait de la famille des solanées est employé comme mydriatique, produisant une dilatation plus rapide et plus durable que l'atropine, sans élévation de la tension intraoculaire, ce qui rendait son emploi avantageux dans le glaucome; mais cet emploi n'est pas sans danger; l'ayant utilisé, pour prévenir des poussées de glaucome, chez une jeune femme, à la dose de une ou deux gouttes d'une solution à 1 gramme pour 500, il observa une intoxication après instillation d'une seule goutte : excitation cérébrale avec hallucinations; congestion de la face, soif vive, oppression ayant persisté quelques jours. Il s'agit nettement dans ce cas, tout en faisant la part de l'idiosyncrasie d'une intoxication qu'il faut retenir avant de généraliser l'emploi de la scopolamine.

MM. Toulouse et Marchand présentent le graphique d'une malade soignée à Villejuif, chez laquelle les accès épileptiques alternaient avec les accès délirants, et ce pendant 15 mois d'observation consécutive. Les accès ne concordent jamais avec les périodes délirantes et celles-ci semblent succéder aux périodes d'accès. Il semble légitime d'admettre que ces délires qui paraissent causés par les accès sont en même temps leurs équivalents.

M. Bouchard a déjà indiqué les raisons qui lui font admettre que les molécules d'albumine peuvent se fragmenter et se multiplier. Celles des molécules secondaires qui se destinent à prendre la voie rénale, s'amoindrissent par la perte de carbone quand la nutrition est parfaite, ou gardent une plus forte proportion de carbone quand celle-ci est languissante. Le taux des molécules est élevé chez les syphilitiques, diminué chez les tuberculeux et les brightiques. D'une façon générale, les produits de désassimilation, à mesure que leur poids diminue, c'est-à-dire perd du carbone dans leur molécule, deviennent moins toxiques et plus dialysables.

M. Bonnier a déterminé par des expériences sur les plantes les caractères de plantes alpines, et en les maintenant à une température de 0°, sous vitrine, il a pu leur donner les caractères que leur aurait procurés la culture à 1.800 mètres. Dans ces conditions, la chlorophylle est très augmentée de quantité dans les feuilles de ces végétaux.

MM. Leclainche et Morel (de Toulouse) présentent une note sur des inoculations intra-cérébrales de différents microbes.

M. Mesnil étudie des grégarines dans le tube digestif des annélides marines et en détache un groupe caractérisé par ses spores et sporozoaires.

Elections. — *Membre titulaire* : M. Guyon fils. — *Membres honoraires* : MM. Heckel, Ray, Lankeyster. — *Membre associé* : M. Kuhne. — *Membres correspondants* : MM. Calmette, de Vries. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 janvier 1899.

La séance offre un aspect inaccoutumé. La salle des Pas-Perdus est vide. La salle des séances est comble et, fait encore plus rare, absolument silencieuse. Tout le monde écoute religieusement le discours que le Pr Jaccoud prononce, en quittant le fauteuil présidentiel, avec son éloquente virtuosité.

La médication thyroïdienne dans le traitement des affections dites rhumatismales et, en particulier, de l'artério-sclérose.

MM. Lancereaux et Paulesco présentent quatre malades

atteints d'artério-sclérose, de troubles vaso-moteurs des extrémités, de rhumatisme chronique goutteux et considérablement améliorés par la médication thyroïdienne donnée sous forme d'iodothyrine.

Renouvellement partiel des commissions permanentes de l'Académie de Médecine.

Epidémies : MM. Fernet, Landouzy. — Eaux minérales : MM. Jungfleisch, Ferrand. — Remèdes secrets : MM. Hayem Bouchardat. — Vaccine : MM. Nocard, Hervieux. — Hygiène de l'enfance : MM. Cadet de Gassicourt, Pinard. —

Commissions des correspondants nationaux et étrangers.

1re Division : MM. François Franch, Dieulafoy, Vallin, Hayem, Cadet de Gassicourt, Fournier. — 2e Division : MM. Panas, Berger, Porak, Lucas-Championnière, Reclus, Richelot. — 3e Division : MM. Leblanc, Trasbot, Nocard, Weber, Mégnin, Railliet. — 4e Division : MM. Hanriot, Javal, Guignard, Marty, Jungfleisch, Gariel.

Commissions des associés nationaux et étrangers.

MM. Vallin, Hayem, Berger, Lucas-Championnière, Nocard, Railliet, Guignard, Jungfleisch.

Séance du 10 janvier.

Vente des produits thyroïdiens.

MM. François Franck, Lancereaux, Potain, Huchard demandent, à juste titre, que la vente de ces produits dangereux soit réglementée. M. Huchard, en particulier, spécifie les accidents que les préparations thyroïdiennes prises *sponte suâ* produisent chez les cardiaques, l'Académie vote à l'unanimité qne la proposition de M. F. Franck sera renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. F. Franck, Potain, Lancereaux, Huchard et Ferrand.

Gastrotomie pour corps étranger de l'œsophage.

M. Lejars présente une observation très intéressante où la gastrotomie suivie du cathétérisme rétrograde permit d'obtenir le refoulement d'un corps étranger volumineux (cinq pièces de dix centimes agglutinées) enclavé dans la partie inférieure de l'œsophage.

Pathogénie des accès pernicieux.

M. Laveran signale un travail de MM. Kanellis et Cardamatis (d'Athènes) montrant que le microbe du paludisme est unique, mais que la cause principale de l'intensité variable des accidents palustres doit être recherchée dans l'organisme lui-même, la fatigue, les excès de toutes sortes, l'alcoolisme, prédisposent aux accidents graves qui sont connus sous le nom d'accès pernicieux.

Chirurgie de l'estomac.

M. Doyen présente quatre nouveaux faits de gastroentérostomie suivis de guérison. Il signale plusieurs points de technique nouveaux. M. Doyen alimente ses opérés le jour même de l'intervention et attribue à cette pratique la rapidité des guérisons qu'il a obtenues.

Procédé de débridement en dehors du sac dans la hernie étranglée.

M. Charier (d'Angers) propose, dans la hernie étranglée, non plus de sectionner le collet et l'anneau fibreux, mais d'agir séparément sur l'anneau et sur le collet.

Défense de l'Europe contre la peste.

M. Proust fait sur le danger de la peste et sur sa prophylaxie une communication des plus importantes. Nous reviendrons sur cette communication qui sera continuée et terminée dans la prochaine séance.

Chirurgie nerveuse.

M. Chipault communique sa statistiqne de chirurgie nerveuse, pour l'année 1898. Cette statistique porte sur 117 interventions très diverses, dont quelques-unes sont les plus graves de toute la chirurgie. Il n'y a eu cependant aucun accident opératoire. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 janvier 1899. — Présidence de M. Sevestre.

Microbes de la méningite cérébro-spinale.

M. Netter communique à la Société un nouveau cas de méningite cérébro-spinale. Il insiste sur les ressemblances du méningocoque avec le streptocoque et le pneumocoque. M. Netter fait remarquer toutefois que ce microbe n'est pas virulent pour la souris. En passant dans l'organisme d'animaux ce méningocoque prend tous les caractères morphologiques du pneumocoque. M. Netter en concluait que le méningocoque est une simple variété du pneumocoque. M. Chantemesse croit ce microbe différent en se basant sur la réaction agglutinante différente pour ces deux bactéries.

M. Rendu signale encore plusieurs cas de méningite cérébro-spinale.

Végétations épithéliomateuses vomies dans le cancer de l'estomac.

M. Mathieu a soigné un malade atteint d'un cancer de l'estomac à symptômes classiques, qui, dans les vomissements et l'eau des lavages de l'estomac, rendait des végétations de cancer assez volumineuses. Ces végétations étaient constituées par de l'épithélioma cylindrique.

MM. Mathieu et Sikorra présentent le cœur hypertrophié d'un malade atteint de *maladie bleue*. Ce cœur offre une inversion totale de ses rapports et de ses branches et présente en outre de nombreuses anomalies. Les ventricules communiquent entre eux.

Périgastrite douloureuse consécutive à un ulcère de l'estomac.

M. Mercklen a soigné un infirmier atteint d'ulcère de l'estomac qui détermina une perforation qui, grâce à des adhérences, donna lieu à un abcès périphrénique qui fut opéré. Le malade se croyait guéri quand survinrent des crises douloureuses donnant lieu à des accès analogues à ceux de l'angine de poitrine. Le malade menaçant de se suicider, M. Faure lui pratiqua une laparotomie, il libéra l'estomac de nombreuses adhérences, mais ne toucha pas à une adhérence intime qui comprenait l'ulcère et fixait l'estomac au foie au voisinage du cardia. De nouvelles crises douloureuses nécessitèrent la résection de l'ulcère et de la partie du foie altérée. Le malade guérit bien de l'opération, il ne conserva qu'une légère fistule. M. Mercklen croit que la douleur persistante avec irradiations permet de songer aux adhérences. Son malade n'avait pas de vomissements à cause du siège de la lésion dans le voisinage du cardia.

M. Mathieu croit que le diagnostic de ces lésions ne peut être fait que par la laparotomie et cela à cause de la fréquence du cancer se développant sur un ulcère et donnant lieu aux mêmes symptômes que les adhérences.

M. Hayem qui a vu le malade de M. Mercklen comprend que, vu les souffrances du malade, on ait pu songer aux adhérences, mais il ne pense pas que les symptômes douloureux permettent de faire le diagnostic de ces adhérences. M. Hayem ajoute une plus grande importance aux signes physiques. Chez le malade en question l'estomac était fixe, la grande courbure ne variait pas de place. Qu'il soit vide ou plein, l'estomac est fixé comme dans un cadre. C'est là le signe pathognomonique des adhérences étendues. Au point de vue du traitement, M. Hayem croit que l'opération était indiquée, néanmoins il ne l'avait pas conseillée parce que souvent les adhérences se reproduisent. La laparotomie exploratrice ne permet pas de faire le diagnostic, les chirurgiens, au palper, ne font pas facilement la distinction entre les cancers et les ulcères.

M. Mercklen, d'après ses recherches bibliographiques, fait remarquer que les adhérences graves sont généralement des adhérences de la petite courbure au foie sans que la grande

courbure de l'estomac soit fixée. Le signe do fixité donné par M. Hayem, s'appliquait à son malade, mais ne peut renseigner que dans les cas d'adhérences multiples.

M. Mathieu, sans se faire d'illusion sur les résultats du diagnostie par laparotomie exploratrice, croit qu'elle peut rendre des services, si par exemple on se trouve en présence d'adhérences, d'infiltration cancéreuse, s'il existe des ganglions du mésentère infiltrés, etc. J. N.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 décembre. — Présidence de M. Berger.

Extirpation de l'estomac.

M. Faure a été amené à pratiquer l'extirpation presque totale de l'estomac dans un cas de néoplasme, ce qui lui permet de faire d'intéressantes observations sur la technique de cette opération. Après ablation de l'estomac, il a fermé séparément le duodénum et le moignon stomacal, pour terminer par une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Il a essayé de mettre en œuvre le procédé de Doyen, l'écrasement des tuniques intestinales, mais sans succès; en effet, les tuniques écrasées perdent toute résistance et les ligatures tombent. Aussi M. Faure s'arrête-t-il au procédé beaucoup plus simple, qui consiste à fermer solidement l'intestin par une bonne soie; le pédicule, ainsi obtenu, est solide et peut être enfoui sous une suture en bourse. Pour l'estomac, étant donné sa largeur, il sera bon d'y pratiquer une ligature en chaîne, au moyen d'une soie double le traversant en son milieu, de manière à pouvoir fermer les deux moitiés de l'estomac. M. Faure n'a pas eu l'occasion de recourir à ce procédé sur le vivant, mais il pense que c'est le meilleur moyen d'oblitération.

Traitement chirurgical de la tuberculose du testicule.

M. Reynier rappelle une observation de M. Beurnier ayant trait à un jeune homme présentant une orchite tuberculeuse encore au début, chez lequel il pratiqua la castration avec résection du canal déférent. Grâce à l'incision du canal inguinal et au décollement du péritoine, il est facile d'extirper le canal déférent sur une grande étendue; c'est même en suivant cette voie qu'on arriverait le plus sûrement aux vésicules séminales. M. Reynier a souvent observé la généralisation au cours de la tuberculose testiculaire. Aussi est-il d'avis d'intervenir au cas de lésions localisées à un seul testicule. La castration est alors l'opération de choix; quand le sujet la refuse, on doit recourir à la cautérisation au galvano-cautère.

Imperforation de l'anus.

M. Kirmisson présente un enfant, chez qui un chirurgien tenta, le quatrième jour de sa naissance, de retrouver l'ampoule rectale et, ne pouvant y réussir, pratiqua un anus iliaque. M. Kirmisson vit l'enfant quelques jours après, très affaibli, avec un prolapsus de l'intestin au niveau de l'anus iliaque; la réduction fut tentée sans succès; l'enfant fit de tels efforts que les sutures cédèrent et que les anses d'intestin sortirent par la plaie. M. Kirmisson fit alors une laparotomie, rentra les anses sorties et explora le bout inférieur du rectum qui aboutissait presque à la peau, de sorte qu'il fut très facile de refaire un anus normal. La plaie intestinale fut suturée et le malade guérit.

Plaie du foie; laparotomie; guérison.

M. Legueu a pratiqué la laparotomie dans un cas de plaie du foie, où rien n'indiquait une hémorragie intra-abdominale. Il n'en existait pas moins un hématome sous-phrénique consécutif à une plaie de la face connexe du foie. La plaie ne put être suturée et M. Legueu s'en tient à un drainage.

Séance du 4 janvier 1899. — Présidence de M. Berger.

Discussion sur l'appendicite.

M. Routier pense que, dans l'appendicite aiguë, les indications opératoires doivent varier suivant les cas; l'embarras du chirurgien consiste précisément à savoir quelle est la conduite à tenir. Il y a cependant intérêt à intervenir le plus tôt possible; on a rarement à regretter d'être intervenu trop tôt, alors qu'on a souvent lieu de regretter d'avoir temporisé. Les cas d'appendicite enkystée sont les plus favorables; il faut ouvrir l'abcès et extirper l'appendice. Mais si cette extirpation est difficile, il ne faut pas insister, par crainte de déchirer des adhérences et de laisser pénérer du pus dans le péritoine. Aucun signe ne permet de déterminer les cas où le traitement médical peut suffire. Cependant la rapidité du pouls, l'arrêt des gaz sont des signes qui devront faire pencher la balance en faveur de l'intervention. C'est sur un ensemble de symptômes (pouls fréquent, arrêt des gaz, fièvre, frissons), qu'il faut se baser pour se décider à l'opération immédiate.

M. Reclus demande à M. Routier si l'intervention à chaud donne plus souvent lieu à des éventrations que l'intervention à froid.

M. Routier répond qu'il observe très peu d'éventrations consécutivement à l'appendicite. Quand il opère à froid, il referme la plaie ; il fait un drainage, quand il opère à chaud.

M. Bazy n'a vu d'éventration se produire chez aucun de ses malades opérés à chaud.

M. Tillaux proteste contre l'assertion prononcée par un de ses collègues à l'Académie en ces termes : « Avec un bon diagnostic, avec une opération faite suivant les règles de l'art, on ne doit jamais mourir d'appendicite. » Une telle assertion, acceptée comme vraie par les profanes, ne peut que se retourner contre les médecins et les chirurgiens. Car il est certain que malgré toutes les précautions, malgré la sûreté du diagnostic et la valeur du chirurgien, il surviendra toujours des accidents et on aura souvent des insuccès opératoires.

Paralysie radiculaire totale du plexus brachial par chute sur le moignon de l'épaule.

M. Tuffier, après avoir rappelé les mémoires de M. Raymond et de MM. Duval et Guillain, où sont étudiées les paralysies radiculaires du plexus brachial, rapporte un cas fort intéressant de cette affection. Il s'agit d'un homme de 60 ans, qui en rentrant chez lui, pris de boisson, eut un vertige et tomba sur le sol où il resta deux heures sans connaissance. Quand il revint à lui, il s'aperçut que son membre supérieur droit était absolument impotent et insensible, sauf au niveau de l'épaule où il ressentait une assez vive douleur. Un rebouteux déclara que l'épaule était *démise*; il réduisit la luxation au huitième jour et la douleur de l'épaule disparut alors; mais la paralysie et l'anesthésie persistèrent. Depuis deux mois, la situation ne s'est pas modifiée et le malade présente actuellement : 1° Une paralysie complète de tous les muscles du membre; 2° de l'anesthésie étendue à toute la surface du membre; 3° des troubles trophiques (atrophie musculaire, œdème du dos de la main). C'est là un cas remarquable de rupture de tout le plexus brachial à la suite d'une simple chute sur le moignon de l'épaule. M. Tuffier se propose de tenter la suture des nerfs rompus.

Pseudo-hermaphrodite masculin.

M. Hartmann rapporte un cas observé par M. Delagenière, ayant trait à un sujet, considéré comme femme, qui avait un vagin, profond de 5 centimètres, se terminant en cul-de-sac. Pensant à une imperforation vaginale, M. Delagenière fit une laparotomie dans le but de rétablir la continuité du canal. L'opération montra qu'il n'y avait ni utérus, ni ovaires; en revanche, on trouva près des anneaux inguinaux deux petits testicules. P. Rellay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 9 janvier 1899. — Présidence de MM. Benoit et Charpentier.

M. Benoit, *président sortant*, en une élégante allocution, passe en revue les travaux mis au jour et discutés par la Société pendant l'année 1898. Jetant un coup d'œil en arrière et dans une rapide vue d'ensemble, il énumère les nombreuses questions approfondies, apportées comme un nouvel appoint à la science et contribuant dans leur sphère au progrès universel. Devant ce résultat, la Société de Médecine légale ne peut,

dit-il, que se louer de son labeur. Arrivé au terme de son mandat, il remercie la Société de son bienveillant concours dans la tâche qui lui avait été gracieusement imposée et souhaite la bienvenue aux nouveaux élus MM. Charpentier, Guillot et Bouchereaux.

M. CHARPENTIER, en montant au fauteuil de la présidence, remercie en quelques mots ses collègues de la distinction dont ils l'ont fait l'objet. Quoique président intermittent pour raison de santé, il s'efforcera de les seconder dans leurs travaux. Son dévouement est acquis en entier à la Société.

Election de trois membres titulaires (Section de médecine). — MM. BUDIN, MAYGRIER sont nommés à l'unanimité; M. SÉGLAS est nommé avec 24 voix sur 25 votants.

G. CARRIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Séance du 11 janvier 1899. — PRÉSIDENCE DE MM. GOURICHON et DUFOURNIER.

M. GOURICHON, ancien président, expose dans une allocution les travaux de 1898, il félicite M. le Dr Gibert, représentant des médecins des Bureaux de bienfaisance au Conseil de surveillance de l'Assistance de son zèle et de ses efforts et regrette que la limite d'âge l'oblige à résigner ses fonctions. Il rappelle que la mort prématurée et inattendue du regretté Bimsenstein laisse vacant le fauteuil de la présidence et oblige à de nouvelles élections.

M. DUFOURNIER est élu président, M. MALBEC, vice-président.

M. ROTILLON signale quelques améliorations à demander dans le service des *désinfections.*

M. NOIR propose à la Société de bien vouloir prendre part à la *lutte contre l'alcoolisme.* Les médecins des Bureaux de bienfaisance qui pénètrent dans les familles sont bien plus à même que les médecins des hôpitaux d'agir contre le mal qu'ils peuvent constater non seulement au point de vue pathologique mais au point de vue social. Une commission est nommée pour étudier les moyens d'action dont la Société peut disposer dans ce but.

M. TOURNIER demande quelques modifications dans le service des vaccinations.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : Dr PAUL-BONCOUR.

I. — **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**; par le Dr AUSSET. (Maloine, 1898.)

I. — M. Ausset avait déjà publié, il y a peu de temps, un premier volume sur les maladies des enfants. Il continue cette série de leçons qu'il a faites à l'hôpital Saint-Sauveur (de Lille). Nous y retrouvons de nouveau le but visé par le professeur : être pratique dans l'enseignement et chercher à être utile aux praticiens dans l'exercice journalier de leur profession. A propos de chaque cas clinique, M. Ausset fait une leçon très complète et très pratique. C'est ainsi qu'il étudie les maladies congénitales du cœur, la péricardite aiguë, l'endocardite et le rhumatisme.

A propos de l'état du cœur dans la chorée, M. Ausset repousse la théorie du Pr Joffroy, qui n'explique pas les cas nombreux où l'infection est à l'origine de la chorée et où l'on a trouvé sur les valvules des altérations et des microbes ne pouvant s'expliquer par une névrose d'évolution. Pour lui, la chorée est l'expression monosymptomatique d'une infection indéterminée qui serait apte à produire des pseudo-rhumatismes.

La leçon sur l'hypertrophie cardiaque dite de croissance expose nettement l'état de la question et tire une conclusion raisonnée des cas qui sont l'objet de l'étude. Suivent des pages traitant de la syphilis héréditaire, de l'ictère catarrhal, de la péritonite tuberculeuse.

Au sujet d'un cas de dilatation bronchique, il y a une discussion pathogénique fort instructive. M. Ausset passe en revue les théories proposées et en arrive à cette conclusion que la dilatation des bronches peut se produire du fait seul de la compression et de l'irritation causée par un corps étranger, aspiré accidentellement sans qu'il y ait besoin de faire intervenir pour cela une inflammation broncho-pulmonaire préalable. En conséquence, on peut admettre que ce corps étranger « se produise sur place » et qu'un ganglion bronchique hypertrophié puisse venir comprimer une bronche et amener le résultat que produirait un noyau de cerise par exemple. Chez les enfants où l'hypertrophie ganglionnaire est fréquente, il est incontestable, étant donné les faits, que les ganglions bronchiques peuvent contracter des adhérences, comprimer les bronches : la dilatation en est fatalement la conséquence. D'ailleurs, M. Ausset n'a pas la prétention de donner cette explication pathogénique à tous les cas d'ectasies bronchiques. Les infections bronchopulmonaires jouent souvent un rôle prépondérant, mais c'est un fait certain qui vient s'ajouter à d'autres.

Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude des abcès multiples de la peau chez le nourrisson, de la rougeole, de la scarlatine et de la varicelle. Un volume semblable à celui-ci ne peut s'analyser ; chaque chapitre est une leçon complète, et il y en a vingt. Les médecins qui ne peuvent continuer à vivre de la vie hospitalière auront un bénéfice considérable à en méditer chaque page.

II. — **Trois cas de tumeur orbitaire chez l'enfant**; par M. VALUDE. (*Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 1898.)

II. — La réunion de ces trois cas a été intéressante au milieu de beaucoup d'autres semblables : il y a eu trois néoplasmes différents comme nature, comme pronostic, comme malignité et cependant ils se sont manifestés par des symptômes identiques.

Le premier cas était un endothéliome de l'orbite avec formation gliomateuse intra-oculaire; le second cas était un sarcome des gaines du nerf optique. Le troisième était constitué par un pseudo-sarcome (kyste sans cavité). Ce dernier cas qui a, lorsqu'on lit les observations détaillées, une ressemblance frappante avec les deux premiers, était cependant sérieux comme pronostic. M. Valude tire donc cette conclusion que le diagnostic préalable de la nature d'une tumeur de l'orbite est impossible, hormis le cas où la ponction exploratrice, qui ne sera jamais omise, fournira un résultat positif. En présence d'une tumeur solide, assez volumineuse pour ne pouvoir être enlevée facilement sans énucléation de l'œil, le plus prudent sera de ne pas attendre et d'enlever l'œil ainsi que tout le contenu orbitaire. A l'appui de cette opinion il cite le cas d'un sarcome sur lequel il est intervenu heureusement.

III. — **Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale**, par KIRMISSON. (Masson.)

III. — M. Kirmisson dont la compétence dans ce qui touche à la chirurgie infantile est connue de tous, a publié ce volume sur les affections chirurgicales d'origine congénitale. Il y étudie non seulement les difformités ou affections qui existent au moment de la naissance, mais il y joint d'autres lésions ou malformations qui tout en apparaissant à une période plus ou moins avancée de la vie sont néanmoins nettement congénitales : c'est ainsi, dit-il, dans sa préface qu'il a étudié sous cette rubrique les hernies inguinales, qui sont congénitales par leur origine sinon par leur apparition. C'est la persistance du canal péritonéo-vaginal qui est la raison première de leur existence, à ce titre il est donc légitime de les étudier à côté d'autres affections existant à la naissance. Cette façon de comprendre la question a un immense avantage pour ceux qui veulent étudier les affections congénitales, ou d'origine congénitale. Pour bien en saisir l'évolution la pathogénie, les symptômes, pour bien leur appliquer un traitement, raisonné et intelligent il est nécessaire de se pénétrer de notions embryologiques. Quelle que soit l'époque de l'apparition, il y a au commencement de la vie intra-utérine des arrêts de développement qui en sont la cause déterminante et cette communauté de mécanisme, le plus souvent représenté par les maladies des membranes de l'œuf, entraine un rapprochement dans leur étude. Cette réunion des deux sortes de lésions a encore un avantage que l'auteur lui-même a eu en perspective et qui n'est pas le moindre. Généralement les traités de chirurgie

donnent parfaitement les notions indispensables à ces affections, mais leur compréhension est toujours impossible, si l'on n'a pas présent à l'esprit les connaissances embryologiques qui s'y rattachent. Cette cause suffit à éloigner les élèves de l'étude des malformations. Aussi M. Kirmisson comble une lacune et fait une œuvre vraiment utile en développant au commencement de chacun de ses chapitres les notions embryologiques nécessaires pour éclairer les développements chirurgicaux dans lesquels il entre. En réunissant toutes les affections existant à la naissance ou survenant après, il facilite vivement leur étude pathogénique et conséquemment symptomatique et thérapeutique.

Tout ce que nous venons de dire suffit, croyons-nous, à montrer l'excellence de cet ouvrage et l'esprit scientifique dans lequel il est conçu. Comme chacun sait que l'auteur est mieux placé que quiconque pour parler de ce sujet, il n'y a pas de doute que ce livre ne soit entre les mains de tous les praticiens. Il est divisé en quatre séries. La première traite des maladies congénitales du rachis, de la tête et du cou. La deuxième section s'occupe des maladies congénitales du tronc : c'est là qu'on trouve les chapitres si importants sur les maladies des organes génito-urinaires et les hernies. Viennent ensuite dans la troisième section, les vices de conformation des membres supérieurs et inférieurs ; pour terminer, il y a une étude sur les néoplasmes d'origine congénitale. Il faut remarquer que la thérapeutique opératoire y tient une grande place ; toutes les interventions y sont clairement expliquées, avec détails et de nombreuses planches, dont quelques-unes en couleur facilitent la description, soit des symptômes, soit des procédés opératoires.

IV. — La Diphtérie ; par Barbier et Ulmann. (J.-B. Baillière, 1899.)

IV. — Ce volume continue la série des actualités médicales, il porte en sous-titre : « Nouvelles recherches bactériologiques et cliniques. Prophylaxie. Traitement ». Les auteurs, qui ont été pendant plusieurs mois à même de suivre et d'étudier la diphtérie, nous donnent un aperçu de leurs études et de leurs réflexions à son sujet. On y voit, du reste, à chaque page qu'ils parlent et raisonnent sur des cas vus et observés et c'est ce qui constitue le grand intérêt et la qualité primordiale de ce livre. On rencontre un premier chapitre sur la bactériologie de la diphtérie : les conclusions de ce chapitre sont que : 1° il y a lieu de séparer le bacille en navette du groupe du bacille dipthérique, long ou court, et de le considérer comme un parasite accidentel des muqueuses, surtout au nez ; 2° que plus la question bactériologique fait de progrès, plus on arrive à séparer cliniquement et bactériologiquement les accidents laryngo-pharyngés attribuables à d'autres micro-organismes que le bacille long et à constituer celui-ci comme le microbe type de la diphtérie. Au sujet de la présence du bacille de la diphtérie dans les viscères, les auteurs croient qu'il n'est pas exact de dire que la maladie soit, à proprement parler, une maladie locale : car elle se montre comme une infection qui peut se généraliser. Il y a, en dehors des lésions diphtériques classiques et quelle qu'en soit l'étendue, des sources d'intoxications redoutables dont il faudra chercher les signes révélateurs ailleurs que dans la constatation pure et simple d'une angine plus ou moins grave.

Avant d'analyser ce qui a trait à la partie clinique, ils donnent des conclusions bactériologiques très importantes et trouvant dans la clinique une démonstration évidente, ce qui les amène à une conception particulière du traitement. 1° En dehors de leur action sur l'organisme le bacille diphtérique s'exalte dans les milieux de culture qui renferment du streptocoque ; 2° en tant que facteur de lésion locale, l'un et l'autre de ces microorganismes favorisent l'effraction pathogène de l'autre ; 3° dans le cas d'infection mixte générale, l'organisme obéit aux lois qui modifient et diminuent la résistance des agents actifs de résistance, quand l'organisme est imprégné déjà par une toxine ou une infection au moment où une autre infection l'envahit.

Au point de vue clinique MM. Barbier et Ulmann font une distinction capitale entre la diphtérie pure et les diphtéries associées et ils renoncent à se servir du terme « toxique » qui prête à des confusions. Ils divisent les diphtéries pures en bénignes et graves ; le mot grave indiquant une virulence toute spéciale du bacille de Lœffler. Au sujet des angines associées nous voyons que ce n'est pas la présence de plusieurs organismes dans les tubes de sérum qui donne à elle seule la notion d'association, mais ce qui en donne la preuve principale ce sont les caractères spéciaux que le clinicien constate aussi clairement que s'il s'agissait d'expérimentations.

Il y a lieu de bien se pénétrer des caractères différents des diphtéries pures ou associées, car le sérum, tout puissant contre la diphtérie pure, est inefficace contre l'infection surajoutée, qui, elle, relève de la médication antiseptique. On voit par ce rapide résumé que ce livre est plein d'idées personnelles et que les auteurs y ont mis ce qu'ils ont appris dans leur vie hospitalière. Aussi, comme tous ceux qui ont vu des malades, rétablissent-ils les faits en assignant à la bactériologie une place importante, mais non la première dans la question capitale de l'application du traitement. La clinique donne des résultats suffisamment précis, si on veut bien observer, pour trancher les décisions concernant le traitement.

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. — Duncan Bulkley Student's Manual of Diseases of the Skin. (New-York Putnam, 1898.)

I.—Je vois toujours arriver avec plaisir les travaux de M. Duncan Bulkley. Il n'est pas de ces dermatologistes qui coupent un cheveu en quatre et comptent les papules de leurs malades : on est toujours sûr de trouver chez lui quelque idée nouvelle. La quatrième édition de son Manuel de dermatologie prouve que les étudiants apprécient, comme ceux qui sont plus avancés dans l'étude des maladies de la peau, les qualités de l'auteur. Ce n'est pas que je ne trouve son manuel un peu trop concis, tout en comprenant fort bien que l'auteur ne le confond pas avec un traité. Un étudiant qui assiste à une consultation de dermatologie et qui voit défiler une foule de types morbides dont le nom seul suffit à l'épouvanter, trouvera certainement dans ce manuel une description claire et succincte qui lui permettra de comprendre en quelques instants la langue qu'on parle devant lui. C'est un de ces petits livres qu'il est bon d'avoir à l'hôpital comme nous y avions autrefois notre Barth et Roger ou encore notre Pinard. Paul Raymond.

II. — L'histologie de la lèpre ; par Babès.—(Berlin, Karger, 1898.)

II. — J'ai présenté ici même il y a trois ans la monographie que M. Armauer Hansen avait consacrée à la lèpre. La partie clinique était bien ce qu'on pouvait attendre de cet observateur : la partie anatomo-pathologique était un peu sacrifiée. M. Babès comble cette lacune dans une monographie très étudiée, très documentée, si bien que nous possédons aujourd'hui sur la lèpre deux ouvrages aussi complets que possible et après lesquels il n'y a plus guère à glaner quant à présent. Nul n'était plus désigné que M. Babès pour écrire ce chapitre d'anatomie pathologique, et dans les cent pages d'un texte serré, il nous a donné sur le bacille de la lèpre, sa biologie, les lésions qu'il détermine, des enseignements inédits et que nous devons en partie aux recherches même de l'auteur. Huit planches très soignées sont annexées à cet ouvrage et viennent confirmer les faits énoncés. Dans un dernier chapitre, l'auteur résume l'état de la science sur le bacille de la lèpre et indique les problèmes non résolus qui soulève une infection dont nous avons à nous préoccuper puisqu'elle semble regagner le terrain que la prophylaxie d'autrefois lui avait fait perdre. Paul Raymond.

III. — Traitement chirurgical du lupus ; par Robert Jones. (*Treatment*, mars 1898.)

III.— L'auteur rapporte trois cas de lupus qu'il a traités chirurgicalement par l'ablation totale, suivie de greffes cutanées au moyen de lambeaux de peau voisins. Il importe que l'extirpation soit complète, afin de ne laisser aucun germe tuberculeux, et pour y arriver, il faut que l'incision porte au-delà des limites du mal, car il est reconnu que la peau peut contenir des bacilles dans la zone périphérique qui entoure la tumeur. On pratique l'hémostase de la plaie et quand tout saignement a cessé au niveau de la surface excisée, on y applique un lam-

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

Sommaire du n° 37

CLINIQUE NERVEUSE.

De l'état du facial supérieur et du moteur commun dans l'hémiplégie organique, par Ch. MIRALLIÉ. . . . . . . p. 1

PATHOLOGIE MENTALE.

Les mélancoliques, par A. ATHANASSIO. . . . . p. 28

RECUEIL DE FAITS.

Alcoolisme de l'Enfance. — Instabilité mentale. — Imbécillité morale, par BOURNEVILLE et BOYER . . . . . . p. 50

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

Paralysie du voile du palais et du facial inférieur droit avec parésie du pneumogastrique et du phrénique dans un cas d'angine diphtéritique, par VANUELI (An. A. F.), p. 58; — Paralysie ascendante aiguë, par ROGER et JOSUÉ (An. A. F.), p. 58; — Paralysie faciale double d'origine bulbaire, par MOLLY (An. A. F.), p. 59; — L'hypotonie musculaire dans le tabes, par FRÆNKEL (An. A. F.), p. 60; — Méningite cérébro-spinale épidémique, par ASSIMIS (An. A. F.), p. 61; — Localisation élective des éruptions cutanées sur le côté intéressé par une affection nerveuse unilatérale d'origine centrale, par ETIENNE (A. F.), p. 61; — Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème, par BRIQUET (An. A. F.), p. 62; — Paralysie juvénile avec syphilis héréditaire, par SAPORITO (An. E. B.), p. 62; — Conditions pathologiques comparables au myxœdème chez le nègre, par BERKLEY (An. E. B.), p. 63; — Lèpre anesthésique, par HERSMAN (An. E. B.), p. 64; — Syphilis cérébrale avec lésions étendues des nerfs craniens, par PRESTON (An. E. B.), p. 64; — Chorée d'Ungtington, par CLARKE (An. Boissier), p. 64; — Des symptômes précoces du tabes dorsal, par DE BETCHEREW (An. P. K.), p, 65; — Myokymie dans la paralysie saturnine, par BUTEN (An. P. K.), p. 66; — Les causes de l'ataxie dans le tabes dorsal, par FRÆNKEL (An P. K.), p. 66; — Traitement et étiologie du tabes, par HOMEN (An. P. K.), p. 68; — Hyperhydrose unilatérale, par TEUSCHER (An. P. K.), p. 68; — La neurasthénie et le commerce du monde, par GRANHOLM, p. 68; — Contribution à la connaissance de l'ophtalmoplégie externe, par HOMEN, p. 69.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

Délire psychique post-opératoire, par PICQUÉ (An. E. B.), p. 71; — L'hérédité comme facteur dans l'étiologie de la folie, par PULNAM STÉARNS (An. E. B.), p. 72; — Rapport préliminaire clinique et pathologique sur un cas de démence progressive, par MILES et SCHIVELY (An. E. B.), p. 73.

Inauguration du monument J.-M. Charcot . . . . . p. 74

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique des maladies du système nerveux, par le professeur RAYMOND (An. MIRALLIÉ), p. 76; — Leçons de clinique thérapeuthique sur les maladies du système nerveux, par GILLES DE LA TOURETTE (An. J.-B. Charcot), p. 79; — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, t. XVIII, par BOURNEVILLE (An. P. KÉRAVAL), p. 89.

VARIA.

Assistance des aliénés : Vieille femme séquestrée, p. 90; — Les aliénés en liberté, p. 91; — Thèses de Toulouse, p. 92.

FAITS DIVERS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du PROGRÈS MÉDICAL.

CULLERRE (A.). — Hépatisme et psychoses. Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 75. Pour nos abonnés. . . . 0 fr. 50

SIBBALD (J.). — Recherches sur le suicide en Grande-Bretagne. Brochure in-8 de 10 pages. — Prix : 0 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 35

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

MAURICE DE FLEURY. — L'ame du criminel. Volume in-18 de XVI-192 pages. — Prix. . . . . 2 fr. 50

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BOCQUILLON-LIMOUSIN (H.). — Formulaire des médicaments nouveaux pour 1899. Volume in-18 cartonné de 324 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

MACÉ (E.). — Atlas de microbiologie. Fascicule III, avec 20 planches imprimées en couleurs. — Prix de l'ouvrage complet cartonné. . . . . 32 fr.

TRAITÉ DE CHIRURGIE CLINIQUE ET OPÉRATOIRE, publié sous la direction de MM. LE DENTU et DELBET (P.). Tome VII : *Mamelle, Abdomen, Péritoine, Intestin et Hernies*, par MM. Binaud, Braquehaye, Guinard (A.) et Jaboulay (M.). Volume in-8 de 844 pages, avec 115 figures. — Prix . . . . 12 fr.

Librairie A. MALOINE, Place de l'Ecole-de-Médecine.

LAVRAND (H.). — Manuel de propédeutique (2e édition). Volume in-18 de VIII-412 pages cartonné, avec 90 figures. — Prix. . 6 fr.

Librairie MASSON et Cie 120, boulevard Saint-Germain.

MONOGRAPHIES CLINIQUES SUR LES QUESTIONS NOUVELLES EN MÉDECINE, EN CHIRURGIE, EN BIOLOGIE : N° 11. *Les paralysies générales progressives*, par Klippel. Brochure in-8 de 35 pages. — N° 12. *Le myxœdème*, par le Dr Thibierge. Brochure in-8 de 32 pages. — Prix de chaque fascicule . . . . 1 fr. 25

Librairie PLON, NOURRIT et Cie, 10, rue Garancière.

GILLES DE LA TOURETTE. — Leçons de clinique et de thérapeutique sur les maladies du système nerveux (Hémorragie cérébrale. Etats neurasthéniques. Epilepsie. Hystérie. Tic douloureux et migraine Morphinomanie. Vertige de Ménière. Pieds bots. Myélite syphilitiques, Ataxie locomotrice). Volume in-8 de 482 p. — Paris, 1898.

ALVAREZ (G.). — Hystérie, hypnotisme et suggestion (Neuf observations chez des enfants). Brochure in-8 de 19 pages. — Paris, 1898. — *Annales de méd. et de chir. infantiles.*

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE ET DE SES COLONIES (année 1899) Edité par la Société générale des infirmiers et infirmières de Paris, 51, rue de Provence.

beau de peau pris dans les téguments voisins. Il faut, par un pansement approprié, placer la partie opérée dans une position qui évite les tiraillements du lambeau. Ce procédé a donné à l'auteur des résultats inespérés; dans aucun des cas, il n'y a eu de récidive. P. RELLAY.

IV. — Le smegma-bacille; par MILLER. (*Medicine Detroit*, juillet 1898.)

IV.—Miller rappelle avec détails l'historique de la découverte de ce bacille et énumère les points intéressants qu'il présente à l'observateur. Il est très important à connaître à cause de sa présence possible sur tous les points du corps et à cause de sa ressemblance avec le bacille tuberculeux. On peut le rencontrer sur toute la surface cutanée, de préférence au voisinage des muqueuses; mais on le trouve surtout dans la sphère génitale, qui constitue son lieu d'élection. On le retrouve fréquemment dans les examens bactériologiques de produits provenant des régions génitales. C'est vraisemblablement ce microbe que Lustgarten avait observé sur des lésions syphilitiques et qu'il avait considéré à tort comme spécifique. Des organes génitaux, il peut passer dans l'urine, principalement chez la femme, et son passage dans l'urine peut entraîner des causes d'erreur sérieuses et faire penser à une affection tuberculeuse des voies urinaires. Le smegma-bacille a, en effet, de grandes analogies avec le bacille de Koch, tant par sa morphologie que par ses réactions colorantes. Il est difficile de décrire sa forme, car il est doué d'un polymorphisme remarquable. Le plus souvent, il se laisse décolorer par les réactifs ordinaires; mais il peut arriver qu'il leur offre une résistance aussi forte que le bacille tuberculeux. Dans ces cas, les réactifs acides sont insuffisants; on doit recourir à l'action prolongée de l'alcool absolu. Le smegma-bacille ne pénètre pas dans la vessie : on arrivera donc à se mettre à l'abri des causes d'erreur qu'entraîne sa présence en recueillant l'urine au moyen du cathétérisme, après avoir soigneusement lavé l'urètre. P. RELLAY.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie; par LE DENTU et DELBET. (J.-B. Baillière et fils, de Paris.)

Le tome VII du nouveau *Traité de Chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet, vient d'être achevé et publié. Les affections traitées dans ce volume sont : celles de la mamelle par MM. Binaud et Braquehaye, professeurs agrégés à la Faculté de Bordeaux; les affections chirurgicales de l'abdomen, magistralement exposées par le maître si compétent en cette matière, M. Guinard, les hernies, enfin étudiées avec ce luxe de détails et de précision qui caractérise le distingué professeur de Lyon, M. Jaboulay. Inutile de dire que sur les sujets si intéressants de ce volume tels que l'appendicite par exemple, les auteurs ont tenu à ce que le lecteur soit au courant des recherches et des communications les plus récentes; tous les faits y sont discutés et critiqués clairement et surtout impartialement et l'on ne peut s'empêcher de dire de l'article sur la question si passionnante de l'appendicite, qu'il est vraiment admirable. Notons enfin que ce tome contient 115 figures très claires et qui aident beaucoup à la compréhension des affections et des opérations. S.

Handatlas der Anatomie des Menschen; par Werner SPALSEHOLZ. (Leipzig, S. Hirzel.)

Le Pr Spalseholz, de Leipzig, vient de publier le deuxième fascicule du deuxième volume de son Atlas anatomique. Comme dans les précédentes parties de son ouvrage, l'auteur s'attache surtout, comme l'indique le titre, à faire de son livre un manuel pratique, où l'image doit suppléer au texte. Nous devons dire que l'anatomiste allemand a merveilleusement réussi. Dans ce fascicule qui traite de l'appareil circulatoire — cœur, artères et veines — toutes les figures sont d'une netteté parfaite; leur vue seule grave toute la région correspondante dans l'esprit du lecteur. Pour ceux qui n'ont pas eu la bonne fortune de vivre à l'Ecole pratique, ce livre leur met sous les yeux les régions toutes préparées; pour ceux, au contraire, qui veulent disséquer en ayant devant eux un texte comme guide, l'ouvrage dont nous parlons leur sera d'une utilité considérable. S.

Clinical Lectures; par ARBUTHNOT-LANE. (London, 1898.)

Le Pr Arbuthnot-Lane réunit dans un élégant volume une série de leçons cliniques, où se trouvent développées et mises au point les questions les plus intéressantes de la chirurgie moderne, comme on peut en juger par les titres suivants : traitement des difformités acquises; bec-de-lièvre; traitement opératoire des fractures; traitement de l'arthrite tuberculeuse; traitement de la hernie inguinale; traitement de l'otite moyenne suppurée.

L'auteur émet sur chacune de ces questions des idées très originales, ce qui rend la lecture de ce livre pleine d'intérêt.

Contrairement à ces auteurs « qui s'efforcent de rendre aussi vague que possible la description d'affections sur lesquelles ils n'ont pas d'idées précises », le Pr Arbuthnot-Lane tient avant tout à baser ses théories pathogéniques sur des faits précis. La façon dont il explique le mécanisme des difformités acquises, genu valgum, pied plat, scoliose, dos rond, est absolument neuve. D'après lui, toutes ces affections se rattachent à des troubles de mécanique osseuse et articulaire. Après un magistral exposé de la physiologie du squelette, l'auteur montre combien les influences individuelles, résultant de la profession, de l'exercice et du genre de vie, influent sur la forme et la structure des os. Dans sa période de développement surtout le squelette s'adapte aux fonctions de l'individu.

D'une façon générale, l'attitude d'une articulation varie suivant la période d'activité ou de repos de cette articulation. Cet antagonisme d'attitude, s'accentuant par l'habitude, entraîne des déformations acquises définitives, dans un sens ou dans l'autre, suivant la prédominance de telle ou telle attitude. Les déformations professionnelles, observées chez certains manœuvres, résultent de la persistance d'une attitude imposée par tel ou tel travail. Au contraire, les difformités, telles que genu valgum, pied plat, scoliose, correspondent à la persistance des attitudes de repos. C'est parce que le sujet a pris l'habitude de ces attitudes, qu'il présente les déformations en question. Qu'arrivera-t-il par exemple, quand, le sujet étant au repos, tout le poids du corps porte sur une seule jambe? Il est facile de s'assurer que la pression se répartit inégalement sur les surfaces articulaires du genou; elle s'exerce davantage sur la partie externe du genou; il s'ensuit un arrêt du développement du condyle externe; le condyle interne s'accroît au contraire et ainsi s'explique l'angle du genu valgum. Même chose pour le pied plat : l'attitude active du pied est l'adduction; son attitude passive est l'abduction; le pied plat est la conséquence de cette abduction passive. Même chose pour le scoliose et le dos rond : c'est par le fait d'attitudes passives trop répétées que le rachis se déforme. On s'explique alors pourquoi ces difformités frappent surtout des enfants faibles et délicats, naturellement portés aux attitudes de repos. La coexistence de ces déformations chez les enfants adénoïdiens tient à l'état de faiblesse générale et par suite à l'apathie physique, qui résulte d'une insuffisance respiratoire.

A propos des végétations adénoïdes, l'auteur insiste sur le rôle mécanique qu'exerce le passage de l'air sur la forme et les dimensions des fosses nasales et du naso-pharynx. Si à la suite d'un rhume de cerveau, l'enfant prend l'habitude de respirer par la bouche, l'air cessant de passer par les voies habituelles, il s'ensuit un arrêt de développement de ces cavités. Le mucus nasal, mal balayé, cultive des micro-organismes; c'est alors que se développent les végétations adénoïdes. Donc, loin de considérer celles-ci comme la cause primitive de l'obstruction nasale, l'auteur en fait une complication secondaire. Un chapitre spécial est consacré aux déformations du pied et des orteils causées par les chaussures.

M. Lane montre aussi que les déformations articulaires, décrites sous le nom d'arthrite déformante, sont le fait, non pas d'une diathèse spéciale, mais de causes mécaniques.

L'auteur expose ensuite ses idées sur le traitement des fractures. Il ne craint pas de dire que ce traitement, tel qu'il est habituellement pratiqué, fait honte à la chirurgie moderne. Il fait la critique des principes sur lesquels s'appuie la méthode

d'immobilisation ; d'après lui, la contraction musculaire est négligeable ; ce qui fait réellement obstacle à la réunion des fragments, c'est l'épanchement de sang et de produits inflammatoires qui se développent au niveau du foyer de fracture. Le traitement opératoire des fractures donne des résultats supérieurs à tout autre traitement : les chirurgiens n'hésitent pas à suturer une fracture de la rotule. Pourquoi craindraient-ils, sur les autres points du squelette, de transformer une fracture fermée en fracture ouverte ? P. RELLAY.

VARIA

Laïcisation des hôpitaux : enseignement professionnel du personnel secondaire des hôpitaux.

Sous le titre UN BON EXEMPLE, le *Petit Var* du 20 décembre publie l'article ci-après :

« Depuis plus d'un an, la ville de Beaucaire a confié le soin de ses hôpitaux à des laïques. Le service de ces deux établissements était auparavant dirigé par douze religieuses. Il était alloué annuellement, à chacune d'elles, une somme de 150 fr. et en plus, bien entendu, le logement, nourriture, blanchissage, chauffage, éclairage, et le gros linge. Ces religieuses ont été remplacées le 15 octobre 1897 par quatre hospitalières laïques, pourvues du diplôme professionnel, savoir : deux directrices au traitement annuel de 1200 francs et 2 adjointes à 600 francs par an. Il leur est accordé les mêmes avantages qu'aux congréganistes. Il y a en moins huit surveillantes inutiles à nourrir, salarier, blanchir, etc. De ce chef la ville fait une économie annuelle de 2.200 francs, et les malades sont très bien soignés.

« Voilà un exemple à signaler aux Commissions des hospices désireuses d'assurer un bon service hospitalier et de réaliser en même temps des économies. Parions que celle de Toulon ne suivra pas cet exemple. »

Pour mener à bien la laïcisation des deux établissements hospitaliers de la ville, le maire de Beaucaire a eu la bonne idée de s'adresser à l'Administration de l'Assistance publique de Paris, qui lui a envoyé des infirmières diplômées, ayant une réelle expérience, et en même temps de leur allouer un traitement convenable.

A Toulon, il y a mieux à faire, c'est de créer une *École d'infirmières* qui permettra de remplacer les religieuses par des femmes instruites, et, en même temps, de fournir aux *garde-malades* de la ville les moyens d'avoir l'instruction professionnelle qui leur fait si souvent défaut et aux *mères de famille* d'apprendre à donner à leurs parents malades des soins plus habiles, plus intelligents.

BOURNEVILLE.

Singuliers conseils.

Un journal médical qui publie des conseils pratiques sous la rubrique de *Guide thérapeutique du Praticien* expose la conduite du médecin à l'article *Aliénation* et donne les conseils suivants, qu'on nous permettra de trouver singuliers :

« Ajoutons que le médecin *fera toujours sagement de se tenir armé* quand il ira voir un aliéné ; il peut se trouver en face d'un forcené dangereux à l'égal d'une bête féroce, ou en face d'un malade ayant malgré sa maladie assez de discernement pour saisir parfaitement le rôle du médecin et ne pas le lui pardonner, surtout si déjà il a subi un premier internement. » — Et ceci s'écrit un siècle après Pinel ! ! — Nous y reviendrons. J. N.

Hygiène publique.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, ainsi que plusieurs Commissions d'hygiène de Paris ont signalé le danger que présentent, en raison de leur facile inflammabilité, diverses lotions à base d'éther ou de pétrole vendues par certains coiffeurs. Le Comité consultatif d'hygiène de France a approuvé ces observations.

Quelques accidents ont été, d'ailleurs, occasionnés déjà par l'emploi de ces lotions.

Suivant les instructions de M. le Ministre de l'Intérieur, le Préfet de Police croit devoir recommander au public de ne pas faire usage des lotions à base d'éther ou de pétrole, les inconvénients qu'elles présentent n'étant compensés par aucun avantage.

De leur côté, les coiffeurs comprendront qu'en employant ces produits, ils peuvent, en cas d'accident, engager gravement leur responsabilité personnelle, surtout après avoir été avertis *par le présent avis.*

L'origine du baiser.

On a écrit de bien jolies pages sur le baiser ; tous les poètes et tous les amoureux ont dit à ce sujet mille choses charmantes. Mais, cela, c'était de la littérature, et la physiologie du baiser restait encore à faire. Cette lacune déshonorait notre savante époque ; grâce à Dieu, elle est enfin comblée. M. Paul d'Enjoy, dans la *Revue scientifique,* nous explique, en effet, ce que c'est que le baiser. Vous croyiez peut-être le savoir? Je vous jure que vous ne le saviez pas. D'abord, vous doutiez-vous qu'il y eût deux sortes de baisers : l'un olfactif et l'autre nutritif?... Non, n'est-ce pas? Vous voyez bien.

L'olfactif, c'est le baiser mongolique, car la race jaune n'embrasse pas, au sens français du mot : elle flaire. « Si nous analysons ce geste, nous le trouvons composé de trois mouvements successifs déterminés : 1° L'application du nez sur la joue de l'être aimé ; 2° une longue aspiration nasale s'exerçant en concomitance avec l'abaissement des paupières ; 3° un léger claquement des lèvres, sans application de la bouche sur la joue embrassée. » Or, ces trois mouvements sont ceux de l'animal qui flaire, explore et s'apprête à mastiquer sa proie, d'où il résulte que le baiser jaune est un geste essentiellement bestial, hérité des lointains ancêtres, habitants des cavernes.

Le baiser européen vous paraît plus gracieux ? Erreur. Simple affaire de latitude. Les Chinois le trouvent répugnant ; quand leurs enfants ne sont pas sages, ils les menacent d'un baiser de blanc. « Cela consiste, disent-ils, à appliquer d'une façon vorace — comme des anthropophages — deux lèvres disposées en ventouses, qu'une instinctive salivation, provenant d'une appétition inconsciente, rend humides, et à faire claquer ensuite cette bouche avec un clapotis de choses molles. »

Et M. d'Enjoy n'est pas très éloigné d'admettre cette engageante définition, car il reconnaît que « notre baiser est un geste nutritif qui participe à la fois du happement et de la succion ». Il en tire cette conclusion mélancolique, que baisers jaunes et baisers blancs ont une même origine et que leur signification est également grossière. Les Chinois expriment à l'être embrassé qu'ils le flairent comme une proie agréable, les Européens lui déclarent qu'ils le dévoreraient avec plaisir. Ce ne sont que deux formes différentes du même instinct de conservation, deux simples gestes de carnassiers. (*Débats.*)

Les falsifications en Allemagne.

On a maintes fois déploré les falsifications que l'on fait subir en France à la plupart des denrées alimentaires. L'Allemagne ne le cède en rien à notre pays ; c'est le Laboratoire municipal de la ville de Dresde qui se charge de nous édifier à ce sujet. C'est d'abord le beurre, qui naturellement est soumis à toutes sortes de sophistications. Sur 113 échantillons examinés par le Laboratoire de Dresde, 33 ont été condamnés pour cause d'addition de graisses étrangères, d'excès de sel marin, ou par suite d'un état de corruption avancée ; ces falsifications se font à Dresde « d'une manière effrontée », renseigne le directeur du Laboratoire. Le miel est presque aussi souvent falsifié que le beurre. Quant au lait, il est baptisé et adultéré de toutes les façons, malgré les peines sévères que l'on inflige aux fraudeurs. Les vins, les cidres, les autres liquides, ainsi que les farines, les cafés, les chocolats, sont aussi maltraités que chez nous. Mais il est en Allemagne une denrée qui est l'objet d'une falsification toute spéciale : ce sont les saucissons, dont nos voisins font une énorme consommation. On les mêle de fécule, afin de rendre consommable la viande sèche ou de qualité inférieure. L'inconvénient résultant de ce mélange est assez grave pour la santé publique. Pour

mélanger la fécule à la viande on est obligé d'incorporer une assez grande quantité d'eau. La fécule ne tarde pas à s'acidifier. Aussi, a-t-on constaté maintes et maintes fois que la consommation de saucissons gâtés ou dans un état d'acidification avait provoqué des maladies. La quantité de farine, constatée dans les échatillons analysés par le Laboratoire municipal de chimie de Dresde, variait de 1,73 à 12,11 0/0. « Les Allemands, au point de vue de la fraude, ont fait des progrès véritablement merveilleux ! » Telle est la conclusion du rapport. C'est un genre de progrès dont on imagine qu'ils se passeraient volontiers. *(Débats.)*

L'origine des hommes blancs, d'après les indigènes du Congo.

Un explorateur ayant demandé à un noir d'où, à son avis, venaient les Européens, le noir répondit : « Toi, tu habites dans l'eau ; tu t'ennuyais et tu es venu sur la terre. Tu étais noir comme moi, mais en demeurant dans l'eau, tu es devenu blanc. — Comment cela? — Comment? Mais quand nous sommes morts et qu'on nous jette à l'eau, nous devenons blancs comme toi au bout de quelques jours. Par conséquent, tu es blanc parce que tu demeures dans l'eau ». En effet, les corps des nègres deviennent blancs après un séjour plus ou moins long dans l'eau : le Congolais, interrogé par l'explorateur, en déduisait que les blancs devaient sortir de l'eau. C'était d'une excellente logique. Beaucoup de raisonnements scientifiques ressemblent à celui-là. — *(Débats.)*

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

Gynécologie et chirurgie abdominale. — M. le Dr FOURNEL, lauréat de la Faculté, commencera le mardi 17 janvier 1899, à 8 heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie et de chirurgie abdominale* ; il le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave LOISEL, le vendredi à 5 h. 1/2, rue de l'Estrapade, 18.

Conférence sur le traitement de l'ataxie. — M. le Dr FRENKEL, de Heiden (Suisse), fera le dimanche 15 janvier, à 10 heures, 12, rue Boileau, une conférence sur le *Traitement de l'ataxie locomotrice par la rééducation des mouvements*. Il présentera les appareils dont il se sert et fera la démonstration pratique de sa méthode.

FORMULES

VII. — Potions contre les vomissements.

a) Chez les dyspeptiques.

Menthol . . . . 1 gramme.
Alcool . . . . 40 —
Sirop de sucre . . . . 40 —
Eau chloroformée . . . . 70 —

Deux cuillerées à dessert toutes les heures.

b) Dans la grossesse et les vomissements bilieux.

Acide phénique . . . . de 6 à 30 centigr. selon l'âge.
Chloroforme . . . . . . V gouttes.
Sirop simple . . . . . . } āā 120 grammes.
Eau distillée . . . . . . }
Teinture d'écorces d'oranges amères . . . . Q. S.

A prendre toutes les 2 heures par cuillerée à soupe et donner ensuite quelques cuillerées d'eau. (Weglesworth.)

VIII. — Contre la douleur de la cystite.

Extrait de belladone. . . } āā 0 gr. 01 centigr.
Extrait d'opium. . . . . }
Iodoforme . . . . 0 — 05 —
Cire. . . . . 1 gramme.
Beurre de cacao . . . . . . 3 —

F. S. A. pour un suppositoire. (Guyon.)

IX. — Rhumatisme articulaire aigu.

Enduire les grandes articulations (et les entourer de flanelle) avec la pommade :

Acide salicylique. . . . }
Lanoline. . . . . . . } āā 10 grammes.
Essence de térébenthine. . }
Axonge. . . . . 80 —

(Bourget, de Lausanne.)

L'acide salicylique s'absorbe par la peau.

X. — Stomatite aphteuse.

Acide salicylique. . . . . . . 2 grammes.
Glycérine. . . . . 30 —
Alcool. . . . . Q. S.

en badigeonnages.

A la période ulcéreuse :

Salicylate de soude.. . . . . . 1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne. . . . . 2 —
Eau distillée. . . . . 1200 —

en attouchements.

A l'intérieur, un des cachets suivants 4 fois par jour.

Salicylate de bismuth. . . . 0 gr. 25 centigr.
Sucre de lait. . . . . . . 0 — 03 —

ou :

Salophène . . . . 0 gr. 30 centigr.

ou :

Benzonaphtol.. . . . . . 0 gr. 25 centigr.
Sucre de lait. . . . . . . 0 — 02 —

XI. — Contre la pelade.

Teinture de cantharides. . . } āā 25 grammes.
Essence de Wintergreen. . . }
Alcool camphré. . . . . . } āā 100 —
Baume de Fioraventi. . . . }

En frictions sur les plaques d'alopécie.

XII. — De l'usage externe de la phénacétine dans les affections rhumatismales.

Phénacétine. . . . . 5 grammes.
Lanoline. . . . . 20 —
Huile d'olive. . . . . Q. S.

Mêlez. — Pour les onctions sur les parties douloureuses.

Phénacétine. . . . . 5 grammes.
Alcool rectifié. . . . . 1 litre.

F. S. A. — Usage externe.

Des compresses imbibées d'un mélange de ce liquide et d'eau bouillante à parties égales sont appliquées sur la région douloureuse, aussi chaudes que le malade peut les supporter. (Taylor.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 déc. au samedi 31 déc. 1898, les naissances ont été au nombre de 1.006, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 343, illégitimes, 135. Total, 478. — *Sexe féminin* : légitimes, 381, illégitimes, 147. Total, 528.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 déc. au samedi 31 déc. 1898, les décès ont été au nombre de 906, savoir : 469 hommes et 437 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3, T. 1. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 1, F. 4, T. 5. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 5, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 7, F. 2, T. 9. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 79, T. 191. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 7, T. 15. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 12, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 4, F. 2, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 27, T. 49. — Méningite simple : M. 11, F. 7, T. 18. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 23, F. 17, T. 40. — Paralysie, M. 7, F. 2, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 4, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 38, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 7, T. 17. — Bronchite chronique : M. 11, F. 15, T. 26. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 20, T. 43. — Pneumonie : M. 22, F. 20, T. 42. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 26, F. 23, T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 7, T. 22. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 14, F. 18, T. 32. —

Sénilité : M. 8, F. 31, T. 39. — Suicides : M. 5, F. 3, T. 8. — Autres morts violentes : M. 7, F. 5, T. 12. — Autres causes de mort : M. 75, F. 63, T. 138. — Causes restées inconnues. M. 5, F. 0, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 16. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 13. Total : 32.

CONGRÈS DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE DE 1900.— La Commission d'organisation du Congrès international de Médecine professionnelle de 1900 se réunira le samedi 14 janvier à 5 h. 1/2 du soir 2, avenue Rapp ; ordre du jour : élection du bureau.

EXPOSITION RÉTROSPECTIVE DES INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE. — M. le Dr P. Berger, président du Comité de la classe 16 de l'Exposition, prie les personnes qui possèdent d'anciens instruments de chirurgie ou qui connaissent des collections de ce genre de bien vouloir l'en aviser. Une carte d'entrée gratuite à l'Exposition de 1900 sera accordée aux personnes qui voudront bien concourir à cette exposition rétrospective.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le mercredi 22 février 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 23 janvier 1899, et sera clos définitivement le samedi 4 février suivant, à trois heures.

Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie vacantes au 1er juillet 1898 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Le jeudi 16 mars 1899, à dix heures du matin, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1899. Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er février jusqu'au mardi 28 du même mois inclusivement.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. DUFOUR est nommé chirurgien chef de service à l'Hôtel-Dieu d'Orleans, en remplacement de M. Pilate, démissionnaire.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'Internat.* — Questions sorties. *Anatomie* : Sillon de Rolando. — *Pathologie* : Urémie, Tétanos, Causes, signes et valeur diagnostique des hémorragies intestinales, Signes, diagnostic et traitement des fractures du rocher, Chlorose, Plaies de l'intestin, Angine diphtérique, Indications et manuel opératoire de la trachéotomie. — Questions restées dans l'urne. *Anatomie* : Nerfs du cœur, Structure de l'écorce cérébrale. — *Pathologie* : Ascite, Anévrisme artériel des membres, Colique hépatique, Phlegmon diffus, Causes, signes et diagnostic de l'insuffisance aortique, Signes, diagnostic et traitement des plaies de l'intestin, Signes et complications de la scarlatine, Corps étrangers de l'œsophage, Causes, signes et diagnostic des endocardites aigues non rhumatismales, Rétention d'urine, Péricardite avec épanchement, Signes et diagnostic de l'occlusion intestinale, Colique hépatique, Plaies des artères, Complications de la fièvre typhoïde et de sa convalescence, Signes et diagnostic des anévrismes du creux poplité.

NOUVEAUX JOURNAUX MÉDICAUX — Un nouveau journal médical hebdomadaire vient de se fonder sous le titre de *Gazette des maladies infantiles*. Il est dirigé par M. Barbier, médecin des hôpitaux, et M. Villemin, chirurgien des hôpitaux. — Signalons encore une nouvelle publication allemande sur les maladies des yeux, dirigée par les Prs Kuhnt de Kœnigsberg et Von Michel de Wurzburg, intitulé : *Zeitschrift für Augenheilkunde* (1). Nos meilleurs souhaits à ces nouveaux confrères.

NÉCROLOGIE. — M. THIBAULT, pharmacien aux Lilas, s'est empoisonné avec du cyanure de potassium. Les causes de ce suicide sont inconnues.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service, gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.

(1) S. Karger, édit. à Berlin. N. W. 6.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr MAYGRIER, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL ANDRAL — *Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.* — MM. ALBERT MATHIEU, MAURICE SOUPAULT et J. CH. ROUX. Cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera un mois. — Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic par M. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs. — Pour les renseignements et l'inscription : s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Service des maladies des oreilles, du nez et du larynx.* — M. le Dr LERMOYEZ. Les mardis, cours de technique et de séméiologie spéciales ; les samedis, cours de thérapeutique spéciale ; les lundis, petite chirurgie du nez, des oreilles et du larynx ; les vendredis, opérations (cure radicale de l'otorrhée, des sinusites de la face, etc.).

Radioscopie médicale.— Le Dr A. BECLÈRE reprendra, à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 15 janvier à 10 heures du matin, et continuera, les dimanches suivants à la même heure, ses conférences et exercices pratiques : A 10 heures, *conférence de radiologie* (les rayons de Rœntgen : moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical).— A 10 h. 1/2, *présentation et examen radioscopique des malades.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — ***L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée.*** *Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste.* — ***Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.***

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 3. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 JANVIER 1899

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE : L'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus, par L. Longuet. —BULLETIN : Au sujet du fonctionnement des crèches, par Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de Médecine* (Séance du 11 janvier 1899) : Défense de l'Europe contre la peste ; — Date de l'incorporation des jeunes soldats, par A.-F. Plicque; —*Société de Chirurgie* (Séance du 11 janvier 1899) : Paralysies radiculaires d'origine traumatique; — Discussion sur l'appendicite, par P. Rellay. — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE : Bi-acétate de morphine ou héroïne, par Dreser et Floret; — Le tannaforme dans la médecine infantile, par Landau ; — Résorption des lavements d'eau salée, par Eltz (Trav. an. par P. Cornet) ; — Le traitement de la syphilis, par Marschall (An. par Rellay);— Essai de sérumthérapie antituberculeuse, par Zanoni; — L'holocaine et son influence sur l'épithélium et la guérison des plaies de la cornée, par Dalén. — VARIA : Un docteur en médecine condamné pour exercice illégal ; — Association amicale des Médecins français. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — NÉCROLOGIE : Le Dr Dumontpallier, par Noir. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'Hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus (1);

Par M. le Dr L. LONGUET, ancien interne des hôpitaux.

HISTORIQUE.

L'ablation totale par le vagin de l'utérus dès qu'il est atteint de néoplasie maligne, est devenue une opération banale et universellement admise aujourd'hui. Elle est si bien entrée dans les mœurs que nous n'entendons plus parler ni des luttes du début, ni des incertitudes de la première heure. Il semble que cette partie de l'histoire soit aujourd'hui privée de vie, car à cette heure, les recherches sont presque entièrement orientées vers l'hystérectomie abdominale. Et cependant l'hystérectomie vaginale pour cancer, tout aussi bien que l'hystérectomie vaginale pour fibrome ou pour suppuration pelvienne, a des jours de gloire et un brillant passé. Elle compte dans ses annales d'ardentes polémiques que le temps seul a pu calmer, mais que nous avons connues encore brûlantes, il y a seulement dix ans. L'oubli du moment ne nous paraît pas absolument mérité : n'avons-nous pas une trop grande tendance à méconnaître les immenses progrès que l'hystérectomie vaginale pour cancer a permis de réaliser pour la technique de toute hystérectomie en général ? Pourquoi méconnaître que c'est l'ablation de la matrice pour cancer qui nous a familiarisés avec la voie vaginale; que c'est elle qui nous a préparés à attaquer par le même chemin les fibromes, puis les suppurations pelviennes ? Il n'est pas sans intérêt de soulever ce coin du passé et de revivre quelques années en arrière, c'est-à-dire à l'heure des premiers combats. Ainsi ressortira l'inébranlable conviction des défenseurs de la « grande opération meurtrière » que de grands maîtres condamnèrent implacablement dès le principe.

Comme pour l'inversion utérine et pour le prolapsus, l'hystérectomie vaginale pour cancer comporte deux histoires: celle de l'antiquité, empiétant sur la première moitié de ce siècle où se relèvent des faits téméraires, mais peu dignes d'admiration ; — celle de nos contemporains qui, avec l'antisepsie, s'ouvre en Allemagne et fait chez nous sa première apparition en 1882. De l'une et de l'autre je tenterai de retracer l'exacte physionomie.

PREMIÈRE PÉRIODE (1822-1875).

L'hystérectomie vaginale pour cancer chez les anciens (1). — Sauter, par son opération du 22 janvier 1822, Blundell, par celle du 19 février 1828, Récamier, par celle du 26 juillet 1829, se sont faits les fondateurs de la méthode. Presque à la même époque, ils pratiquèrent la même intervention l'un en Suisse, l'autre en Angleterre, le troisième en France. Ils ont créé la *méthode*, et non pas seulement l'opération ; c'est-à-dire que leur gloire est acquise à un double titre : d'une part, ils exposèrent le parti qu'on peut tirer de la voie vaginale dans la cure du cancer; ils précisèrent les indications et contre-indications opératoires. D'autre part, ils conçurent un manuel opératoire et le mirent à exécution. Tel est le double fait qui, pour nous, caractérise une *méthode*. Et si nous soulignons le mot, c'est parce que dès maintenant nous tenons à spécifier quel sens large nous attribuons au terme de méthode, que nous rencontrerons à chaque pas dans l'histoire des hystérectomies vaginales, et cela avec les compréhensions les plus restreintes et les plus variables. C'est ainsi que certains chirurgiens revendiquent comme méthode, ce qui n'est que découverte ou perfectionnement d'ordre purement technique, et souvent même d'importance minime.

Fait rare dans l'histoire, aucun des trois promoteurs

(1) Consultez comme travaux antérieurs de l'auteur sur la question : Longuet : L'hystérectomie dans les salpingites (*Presse médicale*, 6 juillet 1895). — L'hystérectomie dans les fibromes (*Semaine gynécologique*, 1896). — L'hystérectomie dans l'inversion utérine (*Gazette des Hôpitaux*, 5 juillet 1898). — L'hystérectomie dans le prolapsus (*Gazette des Hôpitaux*, 22 et 27 septembre 1898). — L'hystérectomie dans ses applications exceptionnelles à la pathologie pelvienne (*Bulletin général de thérapeutique*, 1898). — Technique générale de l'hystérectomie vaginale (*Progrès médical*, 8 octobre 1898).

(1) Voir pour plus de détail historique concernant la période ancienne : Pichevin : De l'extirpation de l'utérus par le vagin (Paris, 1897); ouvrage auquel nous avons fait de nombreux emprunts pour cette première période.

de la méthode ne réclama la priorité. Chacun laissa à ses contemporains ou à la postérité le soin de lui décerner sa juste place. Bien plus, Sauter reporta modestement sur Osiander la gloire de l'hystérectomie pour cancer. On a parlé aussi de Paletta, et de Langenbeck, comme précurseurs de Sauter. Peut-on revendiquer une part de mérite pour ces derniers? Non, et en voici la raison :

Osiander, d'après Sauter, aurait pratiqué, du 5 mai 1801 jusqu'à 1808, huit fois l'ablation de l'utérus cancéreux. Or, les renseignements fournis à ce sujet par Baudelocque (1) en 1803, et principalement par Gendrin (2) en 1829, semblent démontrer qu'Osiander ne pratiqua que l'amputation du col utérin. Paletta (3), de Milan, le 13 avril 1812, a peut-être enlevé un utérus néoplasique, mais s'il fit une ablation totale, ce fut « sans s'en douter. L'auteur ne voulait enlever que le col de« venu cancéreux, et ne reconnut qu'il avait enlevé « l'utérus en entier, qu'en l'examinant après l'opéra« tion ». (Velpeau.) Langenbeck fit sans aucun doute l'hystérectomie à trois reprises, en 1825, 1826 et 1829, mais dans un cas il s'agissait de prolapsus, dans un autre le diagnostic de cancer était douteux. Peut-être même que dans aucun de ses faits, l'ablation n'a été totale (Hegar et Kaltenbach), étant donnée la technique par lui suivie: la décortication sous-péritonéale de l'utérus. Quant à Andreas de Cruce, 1560, aucun document authentique n'a jamais prouvé qu'il eût fait l'extirpation totale pour cancer. De cette revision résulte que personne ne peut disputer la priorité à Sauter, Blundell, Récamier ; ils sont bien les promoteurs de l'hystérectomie vaginale pour cancer. La part de chacun d'eux est-elle égale? C'est ce que nous allons rechercher, avant de donner une mention à leurs imitateurs, puis à leurs successeurs.

La part de Sauter, 22 janvier 1822. Au point de vue de l'extirpation de l'utérus par le vagin, Sauter en conçut la possibilité et les avantages. C'est pour le cancer seulement qu'il en propose l'application (4). Comme indications et contre-indications opératoires : Il faut, nous dit-il, s'abstenir : 1° si l'affection n'est plus localisée à l'utérus (5), parce qu'il faut tout enlever; 2° on s'abstiendra si l'état général n'est pas suffisamment satisfaisant (6). Dans les autres conditions au contraire, il faut intervenir; par l'ablation du col, lorsque le mal est cantonné à l'orifice externe; par l'extirpation complète si toute la matrice est dégénérée. « D'ailleurs l'ablation totale est plus facile et donne lieu à une hémorragie moins redoutable. » Il est même permis d'enlever l'organe dans les cas douteux (1). Certes il s'agit d'une intervention sérieuse, mais en somme elle convient lorsqu'elle paraît être le seul moyen vraisemblable de guérison (2). D'ailleurs l'opération demande à être faite de bonne heure (3). Ces propositions de Sauter sont pleines de sagesse et l'on ne peut qu'admirer ce tableau des indications opératoires saisissant par sa précision et sa justesse, à ce point que nous-mêmes nous n'avons aujourd'hui que bien peu à modifier.

C'est sur le terrain technique que Sauter est facile à attaquer (4). Après abaissement de la matrice, voici comment il procéda. Incision circulaire du col, séparation de l'utérus et de la vessie, continuée jusqu'à l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Bascule en avant du fond de l'utérus par la main introduite par le cul-de-sac antérieur. Sectionner de chaque côté les ligaments larges sans s'occuper de l'hémorragie. Pour éviter l'é-

(1) Baudelocque. — « Il y a déjà plus de vingt ans que Lauverjat fit très sérieusement à l'Académie de Chirurgie la proposition de faire cette opération, mais personne ne l'écouta. M. Osiander rendrait Paris très heureux en amputant avec talent de pareilles matrices et en guérissant les malades. » Lettre de Baudelocque, reproduite par Hergott et citée par Pichevin : In Hystérectomie vagin., Paris, 1897.

(2) Gendrin. — *Journal général de Médecine*, 1829.

(3) Paletta. — *In* Velpeau. Nouveaux éléments de médecine opératoire.

(4) « Les maladies qui nécessitent l'extirpation de l'utérus sont le squirrhe, le cancer et peut-être quelques autres affections dénommées incurables, qui se bornent à l'utérus, causent de violentes douleurs et consument la vie des malades. » Ce dernier membre de phrase n'est pas suffisant pour voir dans Sauter un prédécesseur de Péan dans l'hystérectomie appliquée aux métrites et suppurations pelviennes.

(5) Si l'on reconnait que plusieurs organes indépendants de l'utérus sont atteints de la même maladie, et ne sont pas susceptibles d'être totalement enlevés, ou si la constitution en est affectée, cela forme une contre-indication à l'opération.

(6) Pichevin, p. 15. — De l'hystérectomie vaginale. Paris, 1897.

(1) « L'extirpation de l'utérus pourra être entreprise dans les cas douteux, car on a vu plus d'une fois une opération réussir contre toute attente. »

(2) « L'extirpation de l'utérus suppose les mêmes périls et les mêmes chances incalculables que toutes les grandes opérations; elle peut être entreprise comme celles-ci lorsqu'elle parait être le seul moyen vraisemblable de guérison. »

(3) « Si les vices de l'utérus étaient soigneusement reconnus et méthodiquement traités par les médecins probes et instruits, si l'on s'assurait de *bonne heure* de l'incurabilité de la maladie par les remèdes internes et de la nécessité de l'opération, si l'on soutenait avec soin les forces vitales, si enfin l'on pratiquait l'opération avant que l'organisme entier menaçât de tomber en ruines; je suis persuadé qu'on sauverait la majeure partie des opérées. »

(4) Sauter. — « Je procédai à l'opération le 22 janvier 1822. Je plaçai la malade horizontalement et en travers de son lit; les genoux étaient tenus par mes aides; le rectum et la vessie avaient été préalablement vidés. Je tentai d'abord d'abaisser l'utérus avec un doigt agissant comme un crochet, mais les fongosités se déchirèrent et saignèrent sans que la matrice descendît aucunement; il fallut y renoncer. J'introduisis alors l'index et le médius gauches sous le pubis jusqu'au col; je glissai entre ces deux doigts un couteau convexe, arrondi par le bout, à manche long et fixe, avec lequel je coupai le vagin sur l'utérus, en faisant immédiatement pénétrer un doigt dans l'ouverture que j'achevais tout autour du vagin, ce qui eut lieu sans interruption et sans accident. Pour détruire les attaches latérales, j'introduisis de nouveau un doigt dans l'utérus pour l'attirer en bas, tandis qu'avec le manche du couteau ou avec l'index droit je déchirai le tissu cellulaire; mais l'adhérence était si forte que ce moyen ne réussit pas. Une masse de fongosités se déchira et vint faire saillie à la vulve. J'employai alors une pince avec laquelle je saisis la paroi antérieure du col et la tirai tandis qu'avec le manche du couteau et une spatule de baleine je cherchais à détacher l'utérus de la vessie. Mais plusieurs tentatives furent vaines, la pince échappa en emportant avec elle une portion de la tumeur.

« L'opération durait depuis une demi-heure et je n'avais pu effectuer ni l'abaissement de l'utérus ni sa séparation d'avec le péritoine. La malade perdait patience, elle s'affaiblissait par la perte de sang dont la plus grande partie provenait du déchirement des fongosités. Alors je changeai de plan; je renonçai à toute espèce d'abaissement ou de séparation et me déterminai à couper net au-dessus du fond de l'utérus. Pour cela j'introduisis deux doigts de la main gauche dans le vagin entre la vessie et l'utérus, je conduisis entre eux le scalpel, je saisis avec l'index recourbé une portion du tissu cellulaire que je coupai près de l'utérus jusqu'à ce que mes doigts parvinssent dans l'abdomen; ensuite je coupai de même peu à peu le péritoine en avant et en haut jusqu'aux adhérences latérales naturelles les plus élevées; j'introduisis alors toute la main gauche dans le vagin et pénétrai par l'ouverture du péritoine dans la cavité où je détachai de chaque côté de l'utérus, les ovaires et les ligaments latéraux. J'appliquai alors la main sur le fond de l'utérus et cherchai à le renverser en avant. Mais les intestins se précipitèrent dans le vagin; je les fis maintenir par un aide et réussis à renverser l'utérus et à attirer son fond jusqu'à la vulve. J'achevai avec l'instrument tranchant de détacher l'utérus de la paroi postérieure du vagin et de ses attaches latérales, ce qui eut lieu très aisément et sûrement, les parties étant exposées à la vue. Excepté l'hémorragie dont j'ai parlé, il n'y eut que celle qui provint d'un petit vaisseau coupé sur la fin de l'opération et qu'on arrêta avec les doigts. La malade perdit environ une livre et demie de sang. »

panchement sanguin, il suffit de couper au ras de l'organe, là où les vaisseaux ne sont plus à l'état de tronc. Dégager et inciser le cul-de-sac postérieur. Comme pansement appliquer contre l'intestin un grand gâteau de charpie si l'hémorragie est importante.

Bonne pratique, en somme, que la bascule en avant, puisqu'on l'emploie encore aujourd'hui, rajeunie par l'hémisection ou l'hémirésection médiane antérieure; technique assez bien conçue par certains points pour un débutant, mais elle comporte une énorme lacune, disons plus, une lourde faute : l'absence et le mépris de l'hémostase, voilà un funeste conseil qui ne tarda pas à causer des victimes. C'est tout d'abord l'opérée de Sauter, qui eut une hémorragie d'une livre et demie, mais guérit cependant au prix d'une fistule vésico-vaginale, puis deux malades de Siebold en 1824, opérées selon la technique de Sauter modifiée par les incisions libératrices du périnée, puis encore la malade de Holcher, qui toutes trois succombèrent d'hémorragie.

Telle est l'œuvre de Sauter ; beaucoup plus restreinte est la part de Blundell (19 février 1828) qui tomba lui aussi dans la même erreur de technique : il commença par l'incision du cul-de-sac postérieur, et la libération du col, par là il alla chercher le fond de l'utérus qu'il fit basculer en arrière, puis l'utérus fut sectionné au ras des ligaments larges sans s'occuper de l'hémorragie. On termina par la séparation de l'utérus d'avec la vessie.

Dans ce *modus faciendi* mentionnons le début de l'opération par cœliotomie postérieure, et l'extraction par bascule en arrière que pratiquent volontiers aujourd'hui certains chirurgiens comme Richelot. Mais croire qu'il suffit de raser le tissu utérin pour éviter l'hémorragie des gros troncs est une grossière erreur qui causa, au-delà de la Manche, les mêmes désastres que l'opération de Sauter en Suisse. Et en effet, Blundell lui-même, bien qu'il pût guérir sa première malade, perdit les trois suivantes. Banner (de Liverpool), le 2 septembre 1828, eut le même accident, puis Lizars, le 2 octobre 1828, par le procédé de Blundell, compliqué d'une modification personnelle (fente sur la ligne médiane, du rectum, du vagin et du périnée) assista chez une de ses opérées à une hémorragie de deux litres de sang qui fut mortelle. En somme l'œuvre de Blundell est bien pâle, et son mérite n'est guère que d'avoir fait la première hystérectomie pour cancer en Angleterre.

C'est avec une bien autre envergure que Récamier fit son apparition dans le combat, le 26 juillet 1829. La méthode, ses indications, ses contre-indications dans le cancer, il les conçut comme Sauter, ne pouvant d'ailleurs faire mieux, puisque ce dernier avait tout dit. Mais, afin de se bien pénétrer de la possibilité d'enlever l'utérus par le vagin, Récamier s'était préparé à l'attaque par des expériences cadavériques commencées dès 1818. Aussi arrivait-il plus affermi que ses contemporains sur le terrain de la technique; c'est, en effet, sa technique qui reste son principal titre de gloire; car il a compris, lui, l'absolue nécessité d'une hémostase soignée.

Voici comment il opéra : commencer par abaisser l'utérus avec deux pinces de Museux placées sur le col ; ou par un crochet spécial introduit dans la cavité utérine. Sectionner le vagin. Avec le doigt, libérer la vessie dans l'étendue de deux pouces en serrant de près le tissu utérin dans le but d'éviter les uretères et la vessie. Ouvrir le cul-de-sac péritonéal. Section de l'étage supérieur des ligaments larges « avec un bistouri coupant mal, afin d'éviter l'hémorragie de l'artère ovulaire ». Ligaturer l'étage inférieur de ces ligaments. Sectionner et libérer le cul-de-sac postérieur et le col latéralement en dedans des ligatures utérines, et l'on ramène alors l'utérus ainsi délivré de tout lien (1).

(1) Récamier. — La malade est tenue par les aides sur le pied d'un lit disposé comme pour la lithotomie. Deux pinces de Museux ayant les manches recourbés à angle droit sont fixées sur la partie saillante du col et confiées à un aide qui exerce une traction lente, forte et continue, afin d'abaisser le corps utérin autant que possible. Ce premier temps de l'opération fut le plus douloureux. M. Récamier explore alors le rectum qui n'a pas suivi la matrice dans son déplacement et procède de suite à la section du vagin. L'indicateur gauche sert de conducteur à un bistouri en rondache, tranchant seulement à son extrémité et qui divise la muqueuse vaginale à l'endroit où elle se replie sur le museau de tanche. Alors le doigt seul pénètre dans l'incision et divise le tissu cellulaire qui unit le col utérin au bas fond de la vessie. Cette séparation est faite dans l'étendue de deux pouces. Arrivé au péritoine, le bistouri le divise comme la muqueuse et alors le doigt peut explorer le fond de l'utérus. Les ligaments larges sont tendus par suite de l'abaissement de l'utérus. Un bistouri boutonné est conduit sur l'endroit où ces replis membraneux s'insèrent à l'angle de l'utérus et les divise dans les deux tiers de leur hauteur. La malade n'avait pas perdu une once de sang, et elle se plaignait fort peu. L'indicateur gauche recourbé à angle aigu, embrasse le reste du ligament large, tandis que la main droite, armée d'une longue aiguille à manche, traverse la partie supérieure de la muqueuse vaginale et porte une ligature qui sort en arrière où elle rencontre l'indicateur gauche. La ligature est saisie et ramenée au dehors où elle est confiée à un aide qui place un serre-nœud à coulant et comprime les parties qu'elle entoure. La même chose est faite de l'autre côté, et dès lors, toute crainte d'hémorragie est détruite. Cela étant achevé, le corps de l'utérus est ramené en avant, attiré au dehors, les pinces de Museux sont dégagées et l'opérateur divise la partie postérieure du vagin ainsi que les replis péritonéaux qui unissent encore l'organe aux parties voisines, le bistouri boutonné n'agissant en quelque sorte que sur des parties à découvert.

Le doigt d'un aide, placé dans le rectum, s'assurait des progrès de la section et devait en avertir M. Récamier.

De cette façon, l'ablation fut bientôt complète et à l'instant où le faisceau membraneux comprenant les artères utérines fut divisé, il ne s'écoula pas de sang tant les ligatures étaient convenablement placées.

La terminaison absolue de la cicatrisation et la parfaite souplesse de la cicatrice et de toutes les parties environnantes, ont été constatées le 5 septembre, quarante-troisième jour de l'opération, par MM. les Drs Bally, médecin de l'Hôtel-Dieu, Breschet, Patrice, Gibert, agrégé de la Faculté, et par moi. La dame B... sort de l'hopital dans deux jours.

Etant prouvé qu'il peut y avoir hémorragie, je pense qu'il est préférable de poser des ligatures avant la section des ligaments larges et je proposerai pour l'extirpation de l'utérus divers procédés fondés sur l'existence de son abaissement et la possibilité de le produire. Je poserai quatre cas.

1° S'il y avait prolapsus, je pense qu'apres avoir placé deux ligatures latérales, maintenues par deux serre-nœuds, il conviendrait de faire immédiatement la section de la matrice à quelques lignes au-dessous pour éviter la tension permanente des ligaments, la résorption d'une matière fétide et les inconvénients qui pourraient en résulter.

2° S'il n'y avait pas de prolapsus, je propose le procédé opératoire suivant : abaisser jusqu'à la vulve l'utérus malade, avec une forte pince de Museux, comme pour la résection de son col, ou bien se servir, pour déterminer cet abaissement, d'une tige de fer brisée et susceptible de se dilater par une vis de rappel, après avoir été introduite dans la cavité utérine. L'abaissement produit, on peut inciser le vagin et le péritoine en avant et en arrière du col en suivant la surface de l'utérus. Avec le bistouri caché, porté sur l'extrémité du doigt qui le conduit, on ouvre le vagin et le péritoine en avant de la partie moyenne du col et du corps de l'utérus en le rasant de très près afin d'éviter les uretères et la vessie; cela fait, on place dans l'ouverture le bout de l'index gauche qui sert de conducteur au bistouri boutonné, avec lequel, en suivant transversalement la surface de la matrice, on prolonge, à droite et à gauche, la première ouverture jusque vers les ligaments larges. On procède ensuite de la même manière en arrière.

Cela fait, on voit que l'utérus ne tient plus au reste du corps que par ses parties latérales. Alors, au moyen d'une sonde de Belloc, on passe au-dessus de chaque ligament une ligature qu'on fixe au moyen d'un serre-nœud.

L'on peut dire pour résumer que Récamier a une belle place auprès de Sauter et Blundell; que s'il resta leur égal au point de vue de la manière de concevoir la méthode et ses indications, il les domina sur le terrain opératoire : c'est lui qui le premier nous donna un manuel opératoire bien réglé avec hémostase soignée des utérines. Ainsi conçue, l'opération devient presque acceptable ; elle ne pèche plus que par un point : c'est par l'insuffisance d'hémostase des artères utéro-ovariennes. Ce ne fut pas omission de la part de l'auteur. Il prit, au contraire, bien soin de sectionner l'étage ligamentaire supérieur « avec un bistouri coupant mal, et en sciant avec lenteur ». Au surplus, en cas d'hémorragie de l'artère ovulaire « il aurait passé un fil avec une aiguille courbe, à l'endroit où le sang aurait jailli, il aurait embrassé le ligament coupé avec une lame de plomb recourbée comme une pince qu'on aurait serrée et laissée en place ». Ce en quoi il pourrait être considéré comme le promoteur de l'hémostase par ligature dans l'hystérectomie, et peut-être aussi le précurseur de l'hémostase des ligaments larges par des pinces à demeure, ou l'analogue des pinces.

Et cependant, bien que le problème parût résolu, l'heure du triomphe n'était pas encore arrivée pour l'hystérectomie vaginale. La première opération de Récamier fut couronnée d'un succès opératoire et d'une survie d'un an. Mais deux autres cas entrepris par lui avec la collaboration de Roux en 1829 et en 1830 se terminèrent l'un et l'autre par la mort au bout de quelques heures. Qu'il reste acquis cependant que Récamier occupe une belle place dans cette histoire ; la preuve de son mérite est démontrée par ce fait que le procédé de Récamier fut appliqué par tous ses successeurs jusque vers 1886, complété par l'hémostase combinée des artères utéro-ovariennes, sur laquelle bientôt après insista Claudius von Tarral. Lorsqu'il y a quelques années encore, l'on parlait de l'hystérectomie vaginale par l'ancien procédé français, c'est du procédé de Récamier qu'il s'agissait.

Les imitateurs de Sauter, Blundell, Récamier. — Un immense retentissement acclama partout le procédé de Récamier. Mais il y eut vite des rivaux et chacun se mit à l'œuvre pour apporter modifications ou perfectionnements. Dès la même année, nous voyons éclore le procédé de Gendrin (1), 1829 ; celui de Claudius von Tarral (2), 1829, à qui revient le mérite d'insister sur la

Les ligatures étant serrées, on termine l'opération comme dans le cas de prolapsus en réséquant l'utérus de manière à ne laisser de chaque côté qu'un petit moignon pour le soutenir.

3° Lorsque le col de l'utérus, ramolli, détruit par la maladie ou déjà excisé, ne peut donner prise pour l'attirer à la vulve, on pourra se servir du procédé que je vais décrire : avec le bistouri caché convexe, conduit sur l'index, on incise le vagin et les replis du péritoine en avant et en arrière, en remontant sur la matrice. Ces premières incisions sont prolongées à droite et à gauche, sur toute la largeur avec un long bistouri boutonné, porté sur le doigt qui lui sert de conducteur. Cela fait, on a la possibilité de porter sur l'organe la pince de Museux par les deux ouvertures faites d'abord et de l'abaisser jusqu'à la vulve pour terminer l'opération par deux ligatures latérales et la section des ligaments très près de la matrice.

4° Quant au quatrième cas, celui dans lequel on ne pourrait abaisser l'utérus avant la section de son ligament, voici de quelle manière je procédai, lorsqu'en 1818 je fis publiquement, à l'Hôtel-Dieu, sur le cadavre, l'extirpation de l'utérus sans abaisser cet organe.

J'ouvrais le vagin en avant du col avec un pharyngotome, puis je guidais avec le doigt, et en remontant le long du corps de l'utérus, un bistouri, je parvenais dans le péritoine entre cet organe et la vessie. Cela fait en avant, je procédais de la même manière et avec plus de facilité en arrière. Par l'ouverture antérieure, je portais, le long du doigt, jusque dans le péritoine, le lithotome caché du frère Come, je tournais le tranchant à gauche et un peu du côté de la matrice, j'appuyais le dos de sa gaine contre mon doigt, j'ouvrais l'instrument et je le retirais ouvert. De cette manière, j'incisais le vagin et le péritoine le long de l'utérus, jusqu'au ligament large correpondant. Un second trait de lithotome prolongeait l'incision jusqu'au ligament large opposé. Je procédai ensuite de la même manière en arrière. Alors avec la sonde de Belloc, je passais une ligature sur chaque ligament large et je la tirais avec un serre-nœuds. Cette précaution prise contre l'hémorragie, je saisissais le col de la matrice avec une pince de Museux et je portais avec le doigt un long bistouri boutonné et concave vers sa pointe, avec lequel je coupais les ligaments très pres de la matrice qui était ensuite retirée avec la pince. Jamais, par le procédé que je viens de décrire, je n'ai blessé la vessie ni le rectum.

(1) Gendrin. — Procédé essayé une fois sur le cadavre : on commence par faire sur les côtés du vagin, à sa partie supérieure, deux incisions pour aller chercher l'artère utérine. Celle-ci, sur laquelle il faut agir pour arrêter le sang, se trouve constamment sur la face externe et un peu antérieure du vagin, aux limites des adhérences de cet organe avec la vessie, dans tout le tiers supérieur du vagin, on l'atteint sûrement de cette manière. Puis on fait une incision transversale sur le repli postérieur du vagin, et ainsi de même sur l'antérieur, ce qui fait communiquer les deux incisions latérales qui ont servi à la ligature de l'artère. Si l'on opère en haut du vagin, on peut tout de suite opérer d'un seul coup la section du vagin et du péritoine, antérieurement et postérieurement, par les deux sections transversales. Enfin, après avoir divisé les ligaments latéraux, au lieu de renverser la matrice, on lui fait éprouver un mouvement de rotation pour l'extraire.

(2) Claudius von Tarral. — Pénétré des inconvénients des efforts violents nécessaires pour produire le renversement de l'utérus, mais convaincu de l'avantage de la ligature des ligaments latéraux pour prévenir toute hémorragie, j'ai cherché aussi une méthode opératoire qui remplirait ces conditions. Voici comment j'ai opéré deux fois. Après avoir saisi le col de l'utérus avec une pince à érignes, je le tirai en bas autant qu'il est possible sans faire de tractions considérables, afin de rendre cet organe immobile. Alors je fis une incision sur les deux tiers supérieurs de la circonférence du vagin, je séparai la matrice d'avec la vessie en suivant le procédé déjà indiqué, et enfin le péritoine fut incisé de l'insertion d'un ligament large à la matrice à celui du côté opposé. J'ai cherché ensuite avec l'indicateur gauche la trompe de Fallope, qu'on distingua facilement. Alors je pris l'aiguille à anévrisme de Deschamps, armée d'une ligature, je conduisis la pointe de cet instrument (que l'on pourrait garnir de cire) sur le bord palmaire de l'index, je fis tourner la courbure de l'aiguille sur la trompe que je déprimai un peu en bas à l'aide de l'aiguille, et enfin après avoir contourné le ligament avec l'instrument conducteur du fil, je cherchai à l'endroit de l'incision vaginale la pointe de l'aiguille qu'on peut sentir facilement à travers le tissu cellulaire. Bien assuré d'avance que la ligature était assez éloignée de la matrice pour permettre que l'on pût couper les ligaments latéraux, sans trop s'approcher des fils, je fis sortir la pointe de l'aiguille à l'endroit déjà indiqué, je saisis la ligature, l'aiguille fut retirée avec tout le soin convenable et la ligature serrée avec les doigts. Les ligaments furent aussitot divisés, puis je fis la section du tiers postérieur du vagin, et la matrice étant séparée du rectum, je procédai à la ligature du côté gauche ; je le coupai et la matrice fut aussitôt enlevée. L'examen du bassin montra que les ligaments latéraux droits étaient complètement embrassés par le fil et fortement serrés ; le côté opposé l'était moins, ce qui avait permis à une portion des ligaments de s'échapper, quoique la ligature fût également bien placée. J'ai répété depuis cette opération avec le même résultat. Il me semble maintenant qu'il serait beaucoup plus facile de placer les ligatures après avoir complètement isolé la matrice de la vessie et du rectum, car alors on introduirait aisement l'indicateur au-dessus du ligament large et le doigt médius au-dessous de ce même lien, et, ainsi, on pourrait guider surement l'aiguille armée du fil.

Nous avons essayé bien d'autres procedés pour l'ablation de l'utérus, mais comme ils n'offrent pas de conditions avantageuses, nous les passons sous silence. Toutefois il faut dire un mot d'autres difficultés que l'operation présente. L'étroitesse du vagin, si on veut le conserver dans son integrite, peut s'opposer à toute tentative d'enlèvement de l'utérus. Siebold, pour surmonter cet obstacle, augmente les dimensions du vagin en incisant ce canal de chaque coté du périnée. Lizars fendit le rectum. Recamier divisa le périnée sur la ligne médiane. A toutes ces manières, je préfère beaucoup celle employée par l'habile accoucheur de Berlin. Mais une seule incision du vagin, en la dirigeant vers la tubérosité de l'ischion comme celle que l'on pratique pour la taille latérale, agrandit bien suffisamment ce canal.

nécessité de faire l'hémostase non seulement de l'utérine, comme Récamier, mais aussi celle de l'artère utéro-ovarienne; puis celui de Clément (1), 1830, et beaucoup plus tard, celui de Coudereau (2), 1874-1875, tous étudiés uniquement sur le cadavre.

Les successeurs de Sauter, Blundell, Récamier. — Ceux qui suivirent les promoteurs en appliquant à leur exemple l'hystérectomie pour cancer sur le vivant, enregistrèrent désastres sur désastres : Langenbeck, Woff, Dubled, Dieffenbach, Delpech, Walther, Warren, Bodenstad, Fabri prennent place dans cette phase funéraire, qui porta le nombre total des hystérectomies pour cancer à 19 avec 16 morts immédiates et, parmi les 3 opérées restantes, pas une survie au delà de un an (Boivin et Dugès). Les cris d'indignation s'élevèrent de toutes parts; ce fut la condamnation sans appel de la nouvelle opération. Boivin et Dugès, Velpeau, Duparque (1835), Colombat (1843), Sédillot (1846), Scanzoni (1858), Aran (1858), Nélaton (1859), Becquerel (1859), Robert Barnes, Courty, Rochard (1875), Larrey, frappèrent à coups redoublés sur les tentatives d'ablation totale de la matrice. Ainsi s'écoulèrent dès leur naissance les plus brillantes espérances, et l'hystérectomie vaginale pour cancer, entachée du plus profond mépris, fut jetée dans un oubli d'où elle ne devait être tirée que 45 ans plus tard, grâce à l'antisepsie et à l'anesthésie.

Deuxième période : 1876 a nos jours.

L'hystérectomie vaginale pour cancer chez nos contemporains. — C'est une règle générale que l'avènement ou mieux la renaissance d'une grande méthode, soit saluée dès son aurore par d'ardentes controverses et des revendications bruyantes. Il en est de même pour les perfectionnements de la technique de quelque importance. C'est ce qu'à chaque pas l'on remarquera dans cette esquisse historique. Afin de placer quelques jalons, il nous semble utile d'établir dans cette période contemporaine quatre phases se déroulant successivement et marquées chacune par un fait saillant : la première voit renaître, puis se vulgariser l'hystérectomie vaginale pour cancer en Allemagne et à l'étranger (1876-1882); la deuxième est caractérisée par l'arrivée en France de l'hystérectomie, mais la méthode reste dans l'incertitude (1882-1886); la troisième nous fait assister au brusque essor de l'opération grâce à un perfectionnement qui la rend bénigne : l'hémostasie par pinces à demeure (1886-1891); la quatrième simplifie la technique dans l'hémostasie dont la phase précédente avait abusé. L'absence partielle ou totale d'hémostase préventive, la suppression du morcellement, en sont les traits dominants (1891-1898).

Première Phase : *L'hystérectomie vaginale pour cancer en Allemagne et à l'étranger* (1875-1882). — C'est Hennig (de Leipsig) qui en 1876 fit la première ablation vaginale totale pour cancer. Son manuel opératoire fut défectueux, il renouvela les mêmes errements que Sauter et Blundell, c'est-à-dire qu'il négligea l'hémostase. En sorte qu'il ne fit point école et que le silence se fit sur son opération, bien que sa malade eût guéri. C'est donc à Czerny (1) que revient l'honneur d'avoir ressuscité la méthode le 12 août 1876, en lui appliquant l'anesthésie, l'antisepsie, et une technique parfaitement réglée, principalement au point de vue de l'hémostase avec fil; mais très similaire pourtant à celle de Récamier. Bientôt, Billroth (2) 1880, Schrœder (3) A. Martin (4), Olshausen (5), Saenger (6), Schede, entrèrent dans la même voie et furent suivis eux-mêmes par Fritsch (de Breslau) (7), Koeks, Reuss, Staude, Duvellius, Léopold et une foule d'autres. Wœlfler et Mikulicz (8), de la maison de Billroth, exposèrent la technique de leur maître dont les points saillants sont les ligatures multiples des ligaments larges et l'irrigation continue. Il est digne de remarque que l'hystérectomie vaginale pour cancer dut un peu sa fortune aux désastres qui frappaient alors coup sur coup sur sa rivale l'hystérectomie abdominale pour cancer dite l'opération de Freund. C'est la raison qui amena chez beaucoup de chirurgiens un changement de front, la raison pour laquelle A. Martin (de Berlin) dès qu'il eut fait sa conversion, nous exposait en 1881 son procédé fort connu depuis. De l'Allemagne, la nouvelle opération ne tarda pas à rayonner en Suisse où elle fit son entrée avec Kocher (9) et Muller (10), en Amérique avec Anderson (11), Fanger (12), Cushing (13), Burke, Polk, Vecchi; en Italie, avec Bompiani (14), Bottini (15),

(1) Clément, rapporté par Pichevin (p. 22), décrit un procédé qui consiste dans le placement d'une pince érigne et l'abaissement de l'utérus. — L'incision du vagin. — La dissection du tissu cellulaire avec les doigts pour séparer la vessie et le rectum de l'utérus, avant d'entreprendre les ligatures artérielles : d'où facilité plus grande pour agir sur les ligaments larges, pour abaisser et renverser la matrice. — Renversement en avant de l'utérus, manœuvre utile. — Section des ligaments larges et ligature isolée des vaisseaux. Pour ce temps de l'opération, Clément écrit : « Un aide maintient le ligament large, tandis que je l'incise de bas en haut en rasant l'utérus. Je saisis avec un crochet de Bronfield chaque vaisseau aussitôt qu'il est divisé, et je le lie, sans attendre la section complète du ligament. »

(2) Coudereau (*Tribune médicale*, 1875). — « Dans tous les cas le péritoine a été largement ouvert et, après l'opération, laissé en communication avec l'extérieur et contenant du sang qui s'y est répandu pendant l'opération et dont il n'est pas possible de le débarrasser entièrement. Ma principale préoccupation était de ne pas ouvrir le péritoine. »

Il recommande alors de dilater l'urètre au début de l'opération et d'introduire un doigt dans la vessie afin de pouvoir surveiller à son aise les rapports des deux organes toutes les fois que cela est utile. Il se sert pour abaisser l'utérus, d'un instrument spécial : l'endoceps. Cet instrument est formé de deux branches en X, de sorte qu'en rapprochant l'une de l'autre les deux branches à une extrémité, on obtient à l'autre extrémité un écartement. Il décolle la vessie et le cul-de-sac vésico-utérin, fait basculer l'utérus en avant et jette au-dessus de la matrice une anse de fil métallique dont les deux chefs sont passés dans un serre-nœud de Maisonneuve, à l'aide duquel il fait un pédicule uniquement composé d'éléments péritonéaux. Il passe une broche en fer à travers le pédicule et un second serre-nœud appliqué derrière la broche est modérément serré. Il détache la matrice et fait la suture du vagin.

(1) Czerny. — *Wiener Medicin Wochens.*, 1880, n°s 45 et 49, et *Berliner hlinische Wochenschrift*, 1882, n° 46.

(2) Billroth. — D'après Wœlfler : *Berliner klinische Congres.*, 1880.

(3) Schrœder. — *Centralblatt f. Gynecol.*, 1880, n° 21, et *Archiv. f. Gynecol.* T. XVI, p. 479.

(4) Martin (A.). — 10e Congrès des Chirurgiens allemands et *Berlin. klin. Wochenschr.* 1881, n°s 35-36, et *Centralblatt f. Gynecol.*, 1881.

(5) Olshausen. — *Berlin. klin. Wochensch.*, 1881, n°s 35-36, et *Archiv. f. Gynecol*, 1882, p. 290.

(6) Saenger. — *Archiv. f. Gynecol.*, 1883, p. 99.

(7) Fritsch. — *Centralblatt f. Gynecol.*, 1882, n° 8.

(8) Mikulicz. — *Wiener Medic. Wochenschr.*, 1880, n° 47 et 1881.

(9) Kocher. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1881, n° 11.

(10) Müller. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1882, n° 10, et *Wiener medic. Wochensch.*, 1884.

(11) Anderson. — *Amer. Journ. of obst. sc.*, april 1882.

(12) Fanger. — *Amer. Journ., of obst. sc.*, january 1882.

(13) Cushing. — *Amer. Journ. of. med. sc.*, april 1882 et *the Medical Record*, mai 1883.

(14) Bompiani. — *Gaz. med. di Roma*, 1881, n° 16.

(15) Bottini-Guarneri. — *Gaz. degli ospitali*, 1882, n° 13.

*

Calderini (1), Cerherelli, Margary, Paggi, alors qu'il n'en était pas encore question chez nous.

Sont parvenus en France les procédés de Billroth, celui de A. Martin dont la connaissance nous en a été donnée par Pozzi, celui de Léopold, celui de Müller dont Marchand a fait mention à la Société de Chirurgie de Paris en 1885, et les modifications de Duvellius, de Schrœder, de Fritsch, etc. Le trait le plus saillant de la technique allemande c'est l'hémostasie par ligature qui n'a jamais cessé d'être en honneur au-delà du Rhin et à laquelle nous reviendrons peut-être d'ici peu, mais par exception.

Deuxième phase : *L'hystérectomie vaginale pour cancer en France; sa phase d'incertitude.* — Le 12 juin 1883, Demons (2) (de Bordeaux) fit à l'Académie de Médecine une communication sur l'extirpation totale de l'utérus par le vagin avec relation d'une opération pratiquée par lui, pour cancer, le 9 décembre 1882. Un mois après, Péan (3) déposait le 10 juillet 1883 sur le bureau de l'Académie, une brochure sur l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, dans laquelle l'auteur reporte la date de ses deux premières opérations à l'année 1882. C'est seulement en 1886 que Comet, dans sa thèse faite sous l'inspiration de Péan, précise comme date de la première hystérectomie de Péan, le 25 octobre 1882, c'est-à-dire un mois et demi avant l'opération de Demons. En réalité, lorsqu'on se reporte à cette importante thèse, on apprend que la première hystérectomie pour cancer faite par Péan, est du 28 décembre 1882, c'est-à-dire postérieure de 19 jours à celle de Demons; deux hystérectomies faites avant cette époque par Péan sont relatives à des fibromes, dans l'histoire desquels elles trouvent leur place naturelle. Bien plus, l'hystérectomie vaginale pour cancer est assez mal accueillie par Péan, qui écrivait encore en 1886 : « Lorsque l'utérus est affecté de cancer épithélial, l'ablation totale n'a donné jusqu'ici de bons résultats que dans les cas où le néoplasme était limité au col de l'utérus ainsi qu'à la muqueuse. Or, dans ce cas, l'ablation partielle avec le cautère tranchant aurait suffi et aurait été d'une bénignité incomparable... L'ablation totale de l'utérus, si vantée aujourd'hui dans ces sortes de tumeurs, trouvera rarement son application. » (Péan, t. IV, p. 75.)

C'est donc à Demons que revient la priorité de l'hystérectomie pour cancer en France. La communication de Demons eut vite un grand retentissement, son exemple fut suivi à Bordeaux par Dudon (4). Il faut attendre un an après la communication *princeps* pour assister à une première discussion de la Société de Chirurgie sur ce sujet; elle fut soulevée le 4 juin 1884 par Bœckel (5). Ce fut le point de départ de controverses où la nouvelle opération reçut un fort mauvais accueil, en particulier de Verneuil, de Polaillon, etc.

L'année suivante 1885, la discussion se ralluma à l'occasion d'une communication de Dudon, relatant sept cas pratiqués à Bordeaux.

(1) Calderini. — *Annali di obstetricia, gynecol. e pediatria*, 1882, nº 8.

(2) Demons (de Bordeaux). — Académie de Médecine, 12 juin 1883, et *Archives générales de Médecine*, septembre 1883, et Société de Chirurgie, 18 juin 1884.

(3) Péan. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1883, p. 768. Ce travail se trouve reproduit dans les Leçons de clinique chirurgicale de Péan, 1886.

(4) Dudon. — *In* Doche. Thèse de Bordeaux, 1884.

(5) J. Bœckel. — Sur l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer. Bull. de la Société de Chirurgie, 4 juin 1884.

C'est Terrier qui, le premier à Paris, accepta la légitimité de l'hystérectomie vaginale. Il fit ressortir la formelle nécessité qu'il y a, ici comme pour tout cancer, de supprimer la totalité de l'organe dégénéré. Puis chacun relata ses cas. Ce furent ceux de Tillaux, de Terrier (deux cas), de Trélat, de Gilette (deux cas) et quelques semaines plus tard encore à la même enceinte, la relation des cas de Le Dentu, de Richelot, ce qui pour cette année 1895, porta à 8 le nombre des opérations faites à Paris. L'impression régnante fut qu'il s'agissait d'une opération grave, car sur 8 cas, on comptait 4 morts et 4 guérisons opératoires. Cette gravité, elle tenait à la difficulté du placement des ligatures, principalement des ligatures supérieures, celles de l'utéro-ovarienne. C'était bien là l'obstacle, la pierre d'achoppement (Richelot), puisque cette difficulté est signalée dans les observations de Tillaux, de Terrier (cas nº 1), de Trélat, de Terrier (cas nº 2 suivi de mort par hémorragie), de Richelot (mort par hémorragie). Aussi, pour plus de sûreté, Le Dentu laissa à demeure de grandes pinces à ligament large. Le 11 novembre 1885 Richelot proposa, vu les difficultés de l'hémostase, la pince à pression substituée à la ligature des ligaments larges. Comme autre difficulté, on signale aussi celle de basculer l'organe (Trélat, Gilette). Avec Marchand la discussion prit fin. Celui-ci communiqua un cas personnel et relata une manœuvre qui facilite le placement des ligatures, c'est celle de Müller (section médiane), manœuvre qui fut immédiatement rejetée par Gilette.

A peine la question revint-elle à l'ordre du jour, au commencement de 1886 à la Société de Chirurgie, qu'une première désertion se produisit, c'est celle de Tillaux. Ayant constaté dans un cas la récidive au bout de six semaines, ce chirurgien se déclara refroidi et disposé à en revenir à l'amputation sus-vaginale de Verneuil. Au contraire Terrier, par un troisième puis un quatrième cas personnel, Marchand par un deuxième cas, Trélat par un deuxième cas, marchèrent toujours plus avant dans la nouvelle voie. Et cependant le principal obstacle restait toujours le même : l'hémostase de l'étage ligamentaire supérieur. Par exemple dans le troisième cas de Terrier opéré avec Richelot, l'opérateur se trouva dans la nécessité de laisser les pinces à demeure, comme Bœckel, comme Le Dentu l'avaient déjà fait. De même dans une observation de Rohmer, rapportée par Richelot, il est dit que par nécessité les pinces durent être laissées à demeure. La proposition de Richelot faite le 11 novembre 1885, *de substituer systématiquement les pinces à la ligature*, n'avait aucun écho et Richelot lui-même n'avait pas encore eu l'occasion d'appliquer son procédé. Or, il n'est pas douteux, lorsqu'on a lu dans le texte les observations qui s'accordent toutes à consigner les difficultés de la ligature que l'hémostasie par pinces à demeure n'eût réalisé un progrès considérable et permis à l'hystérectomie, encore d'exécution difficile, de conquérir définitivement droit de cité. Aussi n'hésitons-nous pas à ouvrir une phase nouvelle avec la communication de Richelot.

Troisième phase (1886-1892). *Phase de l'hémostasie par pinces à demeure.* — C'est à Richelot que revient incontestablement l'honneur d'avoir proposé et réalisé l'application systématique de l'hémostasie par pinces à demeure, d'en avoir fait comprendre toute la valeur, et, par ce fait, d'avoir amené un immense progrès dans la technique de l'hystérectomie vaginale en général. Cette priorité lui est acquise par la date du 11 novembre 1885 (Société de Chirurgie), et celle encore du 13 juillet 1886

(Académie de Médecine). A cette époque, non seulement il conseilla ce *modus faciendi*, mais il avait lui-même mis son projet à exécution. Par une communication ultérieure du 19 octobre 1896, il vulgarisa et défendit son procédé d'hémostasie par pinces à demeure. Est-il permis, comme on l'a fait, de contester la priorité à Richelot? Non, pour les raisons suivantes : on a dit que Récamier, dès 1829, avait songé à « embrasser le ligament coupé avec une lame de plomb recourbée qu'il aurait serrée et laissée en place». Il y a là une idée dont l'auteur n'a guère entrevu la valeur, puisque jamais il n'a cru devoir la réaliser. Bien longtemps après, Spencer Wells (1), en 1882, proposa, comme procédé de choix, d'appliquer de longues pinces et de les laisser à demeure sur les ligaments larges pendant deux ou trois jours. Voici une idée bien et nettement exprimée ; c'est évidemment la même pensée que Richelot, mais pourquoi l'auteur ne l'a-t-il pas mise en pratique? Ce que ne firent ni Récamier, ni Spencer Wells, Bœckel (2), en 1884, le réalisa, mais ce fut par nécessité.

De même Le Dentu (3) a bien exécuté l'hémostase préventive à l'aide d'une pince qu'il avait fait construire, mais s'il a pratiqué cette manœuvre, il n'a pas exprimé le parti qu'on peut en tirer, il n'a pas tenté de systématiser.

Jennings (4) en 1886, élève de Spencer Wells, laissa, comme Le Dentu, des pinces à demeure dans un cas, mais ce fut encore par nécessité.

C'est Péan, en 1886, qui revendiqua le plus bruyamment cette technique (5). A plusieurs reprises il formula ses revendications, notamment au Congrès de 1886, à la séance du 19 octobre. Mais à ce propos il détourna la discussion sur l'hémostasie préventive en général, dont il réclama la paternité. Par malheur il est trop facile d'opposer à Péan, Péan lui-même. C'est ainsi que dans la même communication il dit : « Les pinces qui ont servi à l'hémostase préventive permettent, si le cas est simple, d'abaisser à volonté, avec facilité les ligaments larges, de bien voir au fond du vagin et de les *lier séparément* », p. 390 ; preuve que l'auteur ne fait pas de la pince à demeure une technique systématique. On peut d'ailleurs multiplier les citations de Péan toutes concordantes pour démontrer que l'auteur ne voyait là qu'un moyen de nécessité. D'autre part, son élève Gomet écrit que dans une hystérectomie faite le 19 juin 1885, Péan éprouvant de la difficulté à lier la partie supérieure des ligaments larges, laissa les pinces à demeure, moyen qui n'est qu'une application particulière de la forcipressure, «mais Péan ne le conseille pas comme règle de conduite » (Gomet, p. 136). A la même époque, les pinces à demeure furent aussi appliquées par Buffet (d'Elbeuf), qui recommanda, après l'avoir appliqué lui-même, l'emploi méthodique des pinces à forcipressure. « Ce procédé dispense complètement des sutures qui, dans les procédés anciens, sont conseillées toujours en très grand nombre, qui sont difficiles à appliquer et ont le plus souvent l'inconvénient de retenir derrière elles les liquides de sécrétion de la plaie. »

Mais ce chirurgien ne considéra que l'amputation supra-vaginale du col et ne fit aucune allusion à l'hystérectomie vaginale (1). Ne sont pas mieux justifiées les tardives revendications de Zweifel (2), ni celles de Freund (3). Que ceux-ci aient importé la technique française dans leur pays, le fait est vraisemblable.

De cet exposé résulte que Richelot est bien le promoteur de l'hémostasie par pince à demeure dans l'hystérectomie vaginale, personne n'ayant de titres suffisants pour lui contester cette priorité. Or cette technique, je le répète, a une telle importance, que je n'ai pas craint de la considérer comme l'avènement d'une phase nouvelle. Que l'avenir vienne dire « si cette pratique n'est pas à l'abri de tout reproche, et si elle est supérieure à celle qui fut tout d'abord préconisée par Péan. » (Pichevin, p. 36) : le fait est possible, mais je soutiens que pour l'année 1886, cette nouvelle pratique réalisa un progrès considérable et à elle seule suffit pour vulgariser rapidement l'hystérectomie, alors qu'elle était encore d'une exécution difficile, raison pour laquelle elle était si mal jugée.

C'est qu'en effet, à ce moment-là, le camp des opposants était encore en pleine puissance. C'est l'heure où

(1) Spencer Wells. — « Je crois que l'opération serait très simplifiée si l'on procédait ainsi : attirer l'utérus en bas; séparer les points d'attache du vagin, le plus près possible de l'utérus ou dans les points exacts où se réfléchit le péritoine sur ses parois, saisir tous les vaisseaux saignants aussitôt qu'ils sont divisés avec des pinces à pression, ne pas se servir de ligatures, mais laisser les pinces pendre hors du vagin pendant deux ou trois jours jusqu'à ce que tout danger d'hémorragie ait cessé. » — Ovarian and uterine tumours. London, 1882, p. 526. Traduction in *Traité de Gynécologie*, Pozzi, 3e édition, p. 426, en note.

(2) Bœckel, 1884, Société de Chirurgie. — « J'applique deux longues pinces hémostatiques un peu au hasard et ne pouvant, vu les profondeurs de la plaie, les remplacer par des ligatures, je les laisse en place. »

(3) Le Dentu. — Société de Chirurgie du 4 novembre 1885. « J'ai placé une de ces pinces au voisinage immédiat de l'utérus, puis une seconde immédiatement en dehors de la première, et j'ai coupé entre les deux avec les ciseaux. De cette façon j'ai évité l'hémorragie qui aurait pu provenir des vaisseaux utérins et j'ai protégé ma ligne de sutures, pas assez cependant pour éviter la section d'une des anses, ce qui m'a déterminé à laisser la pince à demeure pendant 24 heures. »

(4) Jennings. — *The Lancet*, 1886, vol. I, mars 1886, p. 682 et 825.

(5) Péan. — « Si nous craignons que nos pinces appliquées sur les vaisseaux n'aient pas suffisamment assuré l'hémostase sur quelques points de la loge qui contenait la tumeur, nous laissons *au besoin* à demeure pendant plusieurs heures quelques-unes de ces pinces, d'autant plus volontiers que nous préférons ne pas fermer complètement l'ouverture péritonéale, afin de mieux assurer l'écoulement des liquides qui pourraient y avoir pénétré. » *Gaz. des Hôpitaux*, 13 mai 1886, p. 445. — « Si d'ailleurs quelque vaisseau continuait à saigner, on n'aurait qu'à laisser une pince hémostatique à demeure pendant 24 heures. » *Gaz. des Hôpitaux*, 2 juillet 1885, p. 603. — « Dans l'hystérectomie nous ne laissons les pinces en place que si l'intestin ne tend pas à faire hernie par la plaie péritonéale, ou si la surface d'implantation de la tumeur utérine est large, profonde, difficile à lier.... Nous n'avons jamais eu d'hémorragies primitives ou secondaires dans les nombreuses hystérectomies vaginales que nous avons faites. » *Gaz. des Hôpitaux*, 6 juillet 1886, p. 622. — « Le nom de Péan doit plutot être rattaché au procédé dit de pincement qu'à celui des ligatures, bien que ce chirurgien se serve des ligatures dans des cas déterminés. » Secheyron, Traité d'hystérectomie, Paris, 1889, p. 531.

(1) Buffet (d'Elbeuf). — *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 928.

(2) Zweifel dit avoir fait fabriquer des clamps pour les ligaments larges dès l'année 1880. Ces pinces devaient rester en place jusqu'à ce que les pédicules fussent détachés spontanément. Il s'en était servi une fois. — Zweifel, *Centralblatt f. Gynecol.*, 19 septembre 1896.

(3) Freund, « au dire de Landau, est le père de la forcipressure appliquée à l'ablation de l'utérus. Il est bon de faire remarquer que dans le travail auquel il est fait allusion et qui a été publié en 1881, Freund (*Zeitschrift für Geburt. und Gyn.*, Bd VI, 1881, p. 358 et 373) s'était borné à exposer des considérations théoriques. Il avait appliqué des pinces au cours d'exercices cadavériques, lorsqu'il étudiait les manœuvres nécessaires pour pratiquer l'hystérectomie totale par la voie abdomino-vaginale. Il ajoutait l'idée d'employer aussi les compresseurs dans les cas ou l'extirpation totale de l'utérus par le vagin s'imposait. Néanmoins, je ne l'ai pas encore essayé, attendu que, en dehors de certains cas rares où la procidence de l'utérus carcinomateux existe déjà ou va se produire, je considère la méthode comme non recommandable. » Nous reproduisons ces deux citations textuellement d'après Pichevin. *Loco citato*, p. 30.

Verneuil préconisait l'amputation sous-vaginale du col utérin avec la chaîne de l'écraseur, et l'opposait à l'extirpation totale comme plus facile, plus efficace et moins dangereuse. Contre la « grande opération », il opposait une série de 26 amputations partielles, sans accident. Que de morts au contraire avec l'hystérectomie !

A juste titre, on objectait que l'utérus n'est pas assimilable au sein en matière de cancer ; tandis que dans les cancers mammaires, les ganglions axillaires sont accessibles et extirpables avec la totalité de la glande; à l'utérus au contraire, la zone d'envahissement et les ganglions pelviens nous échappent. Mais il n'en est pas moins préférable de supprimer des voies possibles de propagation au corps. « Au fond, comme le dit Richelot (1), l'argument qui avait inspiré l'éminent chirurgien, c'était la gravité excessive que paraissait avoir l'extirpation totale. »

Une fois la principale difficulté de l'opération écartée, c'est-à-dire l'hémostasie, l'impulsion fut vite donnée; de toutes parts on se mit à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

En 1887, Trélat, Terrier (6 cas), Bouilly (11 cas), Richelot (11 cas), Monod, puis Routier, Pozzi à Paris, J. Bœckel à Strasbourg (3 cas), Doyen à Reims (2), suivis bientôt d'une foule d'autres, firent l'ablation vaginale totale pour cancer. De son côté, Péan (3), qui à la fin de 1886 n'avait encore pratiqué que 4 ablations totales pour cancer, commença à prendre une part des plus actives au succès de l'hystérectomie, multiplia ses interventions en si peu de temps que trois ans plus tard, 1889, il n'en consignait pas moins d'une trentaine de cas dans le travail de Secheyron. La Société de Chirurgie garda le silence pendant 3 ans; mais à l'étranger les opérations se succédèrent en séries entre les mains de Williams, de Schauta, de Landau, de Martin, etc., et dans cet espace triennal on compte 122 mémoires sur la question (Terrier). L'hémostasie à la Richelot fit bien vite son chemin en France. Pourtant quelques rares voix s'élèvent encore en faveur de la ligature. C'est ainsi que Demons (4) (en 1888), que Pozzi (5), 1888 (dans une communication où il fit connaître le procédé de A. Martin), tentèrent le procès des pinces à demeure. Mais leurs objections n'eurent pas d'écho ; la cause était jugée en faveur des pinces et la technique assez satisfaisante pour que chacun la reconnût la meilleure et la plus sûre pour l'époque. Cependant Péan, en adoptant la technique de Richelot, crut bon de la modifier par le pincement préventif et le morcellement. Le résultat fut que l'opération se compliqua sans profit. Le pincement préventif et le morcellement sont absolument inutiles lorsqu'il s'agit d'extirper un utérus cancéreux. Cependant par l'habileté avec laquelle il pratiquait l'hystérectomie qui lui était si familière, par la facilité avec laquelle il surmontait les obstacles, Péan créa un courant et fit école pendant quelques années.

Quatrième phase (1891-1898) : *La simplification de la technique.* — La complication progressive à laquelle nous conduisait Péan par l'abus du morcellement et de l'hémostase préventive, appelait une évolution nouvelle. Quénu (1) d'une part, en systématisant la section médiane comme moyen d'abaissement et de section de l'utérus, là où le pincement est inutile (zones avasculaires); Doyen (2) d'autre part, par la suppression radicale du morcellement et de toute hémostase préventive, ont ouvert cette phase de simplification. Pour les manœuvres d'extraction de l'utérus, il n'est pas nécessaire d'hémostasier l'organe avant de le dégager. Il suffit de s'écarter des pédicules vasculaires pendant toute section, de couper dans les zones avasculaires (Quénu) soit en n'incisant que la seule paroi antérieure (hémisection médiane de Doyen), soit en incisant les deux parois à la fois (bisection médiane de Quénu).

Il en est de cette phase comme de celle qui la précède et qu'inaugura Richelot. Quénu et Doyen, chacun sur un terrain différent, ont une place qu'on ne peut leur contester : Quénu a systématisé la section médiane ; on lui a contesté la paternité de cette technique. Il est vrai, en effet, que Péan, dans la première de toutes ses hystérectomies, l'a précisément employée, mais il l'a rejetée immédiatement. Il en est de même de Simpson, et surtout de Müller, 1882. En sectionnant l'utérus en deux, Müller (3) se proposa non pas d'extraire l'utérus (puisqu'il ne sectionnait l'utérus que lorsqu'il était dehors), non pas d'exécuter le temps principal de l'hystérectomie, celui de l'extraction, mais seulement de faciliter le placement des ligatures, l'organe une fois sorti. Ajoutons que ce chirurgien (4) a depuis renoncé à sa propre technique. Quénu, en systématisant et en généralisant la section médiane à toute hystérectomie, en l'employant dans le but de supprimer le morcellement, dans le but d'extraire (temps principal de l'hystérectomie vaginale) l'utérus en l'abaissant en endoversion, dans celui d'éviter l'hémostase préventive par la section dans les zones

(1) Richelot. — De l'hystérectomie vaginale, p. 4. Paris, 1894.
(2) Doyen. — Cas rapporté par Secheyron, *in* Traité d'hystérectomie, Paris, 1889.
(3) Péan. — Observation de la thèse de Gomet.
(4) Demons. — Compte rendu du Congrès français de Chirurgie, 3e session, 1888, p. 372.
(5) Pozzi. — Compte rendu du Congrès français de Chirurgie, 3e session, 1888, et Indicat. et technique de l'hystérect. vagin. pour cancer. *Annales de Gynécol.*, août 1888, p. 81.

(1) Quénu. — Voir pour les renseignements précis l'historique que nous ferons pour les fibromes et les suppurations pelviennes.
(2) Doyen. — Même remarque.
(3) Muller. (*Centralblatt f. Gynecologie*, 25 février 1882). — « L'extirpation de l'utérus par la voie vaginale n'est pas exempte de difficultés au premier rang desquelles il faut mettre la ligature et la section des ligaments.... Un cas dans lequel la ligature glissa et qui se termina par une hémorragie mortelle, me suggéra l'idée de chercher un moyen pour obvier à la difficulté de lier le premier ligament, ou du moins de faciliter cette manœuvre. Tous les opérateurs savent que le deuxième ligament se lie avec facilité et sécurité, parce que l'utérus, libéré du premier ligament utérin, peut ainsi être attiré en avant des organes génitaux externes, et que de cette façon le second ligament est rendu très facilement accessible ; ce sont là des faits qui conduisent à rechercher la façon qui permettrait de pratiquer la ligature du premier ligament dans les mêmes conditions que celle du second ligament. On y arrive de la façon suivante : l'utérus, soit renversé, soit attiré en bas, est divisé longitudinalement en deux moitiés. Ceci fait, chaque moitié de l'utérus avec son ligament peut être attirée en bas et liée avec une aussi grande facilité que s'il s'agissait du second. La difficulté inhérente à la libération de l'utérus d'avec le premier ligament est ainsi écartée. Remarquons que les hémorragies consécutives à la division de l'utérus sont sans importance aucune, car au point où est pratiquée la section, il n'y a pas de gros vaisseaux; il n'existe là que de petits vaisseaux anastomotiques entre les gros troncs de droite et de gauche. En outre, on peut assez rapidement diviser l'utérus (avec un bistouri ou des ciseaux) pour que ces légères hémorragies qui se produisent n'aient qu'une durée fort courte. Enfin les deux moitiés sectionnées peuvent être comprimées avec les mains, ou encore on peut comprimer de la même manière les ligaments. On peut aussi tordre ceux-ci de façon à ce que l'hémorragie soit momentanément suspendue jusqu'à ce qu'on pose une ligature sûre. »
(4) Muller (*Centralblatt f. Gynecol.*, 1887). — « Jusqu'ici aucun des procédés connus d'hystérectomie vaginale, *y compris celui qui m'est propre*, ne m'a entièrement satisfait... Les ligatures des ligaments larges peuvent glisser ou comprimer imparfaitement les vaisseaux. Aussi l'emploi des pinces à demeure proposé par Richelot, est-il venu fort à propos. »

avasculaires, enfin dans celui de commodément réaliser une hémostase dernière, a attaché son nom à la section médiane. Il n'a avec Müller qu'un seul point de commun, c'est que tous deux font facilement l'hémostase dernière. On voit donc combien il est inexact d'associer le nom de Quénu à celui de Müller lorsqu'on parle de la section médiane. C'est commettre le même errement que d'appeler par exemple l'hémostasie par pinces à demeure la technique de Récamier-Richelot.

De même Doyen n'est pas le premier chirurgien qui ait pratiqué l'hémostase dernière de l'hystérectomie. Dans l'extraction par bascule en arrière de l'utérus, ou ancien procédé français, le fond de l'utérus était déjà à la vulve lorsqu'on procédait à la ligature des artères utéro-ovariennes. Müller, en pratiquant la section médiane, n'avait comme seul but que de faire l'hémostase *dernière,* consécutive à l'extraction, et de bien placer ses fils, lorsque l'utérus était dehors. Mais ce chirurgien n'a jamais fait valoir la supériorité de l'hémostase consécutive sur l'hémostase préventive. Il lui manquait sans doute un terme de comparaison, que quelques années après nous trouvions en France dans l'hémostase préventive appliquée systématiquement par Péan. Donc Doyen a le grand mérite d'avoir réagi vigoureusement contre la pratique de Péan, qui est incontestablement moins bonne. Doyen a bien montré, bien exprimé clairement les avantages de l'hémostase *consécutive* qu'il a généralisée et systématisée et à laquelle par suite il nous semble avoir attaché son nom.

Pendant que les débats se déroulaient sur le terrain technique, d'autres chirurgiens apportaient de partout les résultats de leur pratique et s'attachaient à étudier la valeur curative de l'hystérectomie vaginale pour cancer.

C'est de 1891 à 1897, c'est-à-dire dans la phase qui nous occupe, que, sur ce point, nous relevons les travaux les plus importants. Ceux de Terrier, de Segond, de Bouilly, de Pozzi, de Richelot, de Jacobs, de Landau, etc., etc., pour ne citer que les principaux. Parmi ceux-ci il convient spécialement de signaler le livre de Richelot, 1894, plus particulièrement consacré à l'hystérectomie pour cancer, et dans lequel les résultats immédiats et éloignés de l'opération sont minutieusement étudiés.

Telle est l'histoire de l'hystérectomie vaginale pour cancer. Si tourmentée et si mouvementée à certaines époques, elle paraît aujourd'hui presque ensevelie. A l'heure présente, l'hystérectomie vaginale perd du terrain, au profit de l'hystérectomie abdominale de Freund qui vient d'être rajeunie. Mais, de part et d'autre, les résultats ne sont pas tellement supérieurs, que l'une soit destinée à disparaître complètement ; par une sorte de balancement, l'on reconnait à peu d'années de distance, que la faveur est tantôt à la voie haute, tantôt à la voie basse.

Je ne puis donc croire que l'histoire de l'hystérectomie vaginale pour cancer soit terminée, et qu'elle ne soit plus destinée dans l'avenir à recouvrer un regain de vitalité. (*A suivre.*)

Cours de Sténographie a l'usage des Médecins. — Le mardi 14 février 1899, à 8 h. 1/2 du soir, le Dr Laporte commencera, à l'Association des Etudiants, rue des Ecoles (Salon Delcambre) un nouveau cours de sténographie en 24 leçons, durant 3 mois. Le prix mensuel est de 15 francs. On s'inscrit 41, rue des Ecoles, à la bibliothèque des prêts de l'Association.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Au sujet du fonctionnement des crèches.

Les crèches sont de toutes les œuvres de bienfaisance les plus pratiques et les plus utiles dans les grandes agglomérations ouvrières; aussi leur organisation et leur fonctionnement sont-ils un sujet d'études constantes et de discussions inépuisables entre hygiénistes. Ces dernières années ont été plus particulièrement fécondes en controverses. Sans parler du remarquable rapport de M. Napias qui a abouti au règlement actuel, des travaux des plus intéressants ont été publiés par le Dr Gauchas dans la *Revue d'hygiène* (1897), par le Dr Ch. Leroux dans le *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles* (1897), par le Dr Baluze dans les *Annales d'hygiène publique et de Médecine légale* (mars 1898). Ces travaux très documentés ont été condensés par M. Gauchas dans une remarquable conférence, faite à l'*Union des Femmes de France*, à l'occasion de laquelle nous nous permettrons quelques réflexions.

D'abord, félicitons M. Gauchas d'avoir abordé ce sujet, il est indispensable que l'œuvre des crèches soit bien connue du public et surtout des dames dévouées qui forment l'Union des Femmes de France ; il est bon qu'on leur développe cette question sous son vrai jour pour détruire à son sujet quelques préjugés qui, avec les meilleures intentions, font d'une création utile une œuvre nuisible et dangereuse.

M. Gauchas résume ainsi les reproches que l'on fait aux crèches. Elles exposent les nourrissons aux intempéries pour les porter ou les retirer de ces établissements; elles amènent le sevrage prématuré, favorisent le développement des maladies infectieuses, enfin ne rendent pas des services équivalents aux frais qu'elles nécessitent.

Pour bien juger de l'utilité des crèches, il n'est pas nécessaire d'être un savant hygiéniste, il suffit de les connaître et surtout de vivre dans les milieux qu'elles sont appelées à secourir. Médecin du Bureau de Bienfaisance et ayant pris une part active à la création et au fonctionnement d'une crèche très modeste dans un quartier assez pauvre, je puis avec quelque compétence donner mon avis à ce sujet.

Les enfants des crèches sont, cela est vrai, exposés aux intempéries à leur entrée et leur sortie de la crèche, mais on peut facilement pallier cet inconvénient et prendre les précautions nécessaires pour éviter toute conséquence grave. Ce reproche est donc secondaire et ne mérite pas une réfutation sérieuse.

La crèche amène-t-elle le sevrage prématuré ? Ceci est possible dans nombre de fondations de ce genre, mais il faudrait bien se garder de généraliser. A la crèche Sadi-Carnot, où 11 nourrissons sont admis sur 30 enfants, 10 de ces nourrissons sont au sein et les mères *viennent régulièrement toutes les deux heures ou toutes les trois heures* selon l'âge de l'enfant, lui donner à téter. Cela tient à ce que les mères dont les enfants sont reçus à cette crèche, ont des occupations particulières, elles ne travaillent guère dans des ateliers, mais sont femmes de ménage ou s'occupent dans les

lavoirs du quartier; mais seraient-elles ouvrières dans des ateliers éloignés, le reproche fait aux crèches n'en serait pas pour cela plus fondé. La mère ne pouvant venir allaiter son enfant à la crèche n'abandonnerait pas un travail qui est indispensable aux besoins de sa famille quand bien même on lui donnerait un secours qui serait, quoi qu'on fasse, inférieur au prix de ses journées; elle mettrait son enfant en garde et Dieu sait ce qu'il en adviendrait. Du reste des secours particuliers sont à l'heure actuelle donnés aux mères nourrices et engagent à l'allaitement maternel.

Les crèches favorisent-elles la propagation des maladies contagieuses? Oui! comme toutes les agglomérations, mais ceci est aussi vrai pour les écoles, pour les familles nombreuses, pour les cités et les maisons ouvrières très peuplées. Ces contagions sont rares si la directrice de la crèche et surtout le médecin inspecteur se montrent fort sévères dans l'admission des enfants de santé douteuse, s'ils savent avoir assez d'énergie pour résister aux tendances fréquentes des dames patronnesses qui voudraient trop facilement transformer la crèche en hôpital. A la crèche Sadi-Carnot les maladies infectieuses ont toujours été d'une grande rareté; il est vrai qu'au moindre cas douteux, médecins et administrateurs n'hésitaient pas à fermer le lendemain la crèche pour lui faire subir une désinfection minutieuse. Cet excès de précautions donna même à cette crèche une mauvaise réputation dans l'esprit de quelques personnages administratifs peu habitués à l'application sévère des règles de l'hygiène. La rougeole fut la seule maladie en cause, et chacun sait la difficulté de la dépister au début et sa grande transmissibilité. Quant aux diarrhées, elles n'ont jamais été, croyons-nous, signalées au moins durant ces deux dernières années. Cette immunité nous paraît due au nombre des enfants nourris au sein et au soin que porte la directrice à la stérilisation du lait. Reste la dernière objection : les crèches coûtent plus qu'elles ne rendent de service. Contre celle-là je proteste énergiquement. La crèche ne coûte pas cher si elle est simple et bien administrée, et si le luxe s'y borne à la propreté la plus scrupuleuse. Par quoi pourrait-on remplacer la crèche? Par les secours à domicile; sait-on jamais comment ils seraient employés? La crèche soustrait l'enfant pendant la journée au milieu déplorable de la plupart des habitations ouvrières qu'il faut connaître dans les grandes villes pour se rendre compte de tous leurs inconvénients. Elle donne aux enfants une nourriture saine et suffisante; elle oblige les mères à leur donner des soins de propreté; c'est plus qu'il ne faut pour rendre leur développement indispensable. Il vaudrait mieux certes que l'ouvrier soit confortablement logé, qu'il gagnât assez pour laisser à sa femme les seules occupations du ménage et des soins à donner aux enfants, mais nous n'en sommes malheureusement pas encore là et les œuvres de philanthropie doivent d'abord s'adresser aux misères présentes.

M. Gauchas, dans sa conférence, n'est pas loin de penser comme nous, il la termine par quelques excellents conseils d'ordre général. Nous insisterons sur l'avis qu'il donne au sujet du personnel qui doit être instruit pour bien remplir ses fonctions. « Ne peut-on créer dans quelques crèches, dit-il, un enseignement analogue à celui que le D[r] Bourneville a eu le grand mérite de fonder pour le personnel secondaire des hôpitaux de Paris? » Et il cite l'exemple de l'étranger, de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la Suisse, des Etats-Unis. Et, sans créer un enseignement spécial, ajouterons-nous, l'Assistance parisienne ne pourrait-elle pas mettre à la disposition des crèches un certain nombre de ses surveillantes et de ses infirmières diplômées auxquelles un séjour assez prolongé dans les maternités de nos hôpitaux donnerait la compétence nécessaire? Les diverses crèches de Paris ne pourraient-elles pas se fédérer, se syndiquer pour assurer à ce personnel les avantages que donnent toutes les grandes administrations à leurs employés? Et l'Assistance ne pourrait-elle pas conserver dans ses cadres les infirmières détachées pour assurer le service des crèches, qui ne verraient pas ainsi leur avenir hospitalier brisé? Tout ceci mérite d'être sérieusement étudié et ces problèmes ne nous paraissent pas insolubles. Il en est bien d'autres que l'on pourrait soulever sur cet inépuisable sujet, mais ils dépasseraient les limites de ce Bulletin et nous craindrions de fatiguer nos lecteurs.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 janvier 1899. — Présidence de M. le P[r] Panas.

Défense de l'Europe contre la peste.

M. Proust termine son importante communication. Toute la partie relative aux difficultés d'application des mesures sanitaires en Egypte est particulièrement intéressante. Voici les principales conclusions :

1° La peste sévit toujours dans l'Inde anglaise avec intensité, particulièrement à Bombay. De nouveaux foyers se sont montrés en Chine; elle a apparu à Madagascar;

2° Il est d'un grand intérêt public de compléter et de perfectionner les divers moyens déjà conseillés pour prévenir l'importation de la peste en Europe;

3° Les mesures sanitaires doivent être prises sur les frontières de terre et sur les voies maritimes;

4° L'apparition récente de la peste dans le Turkestan a été un sujet de sérieuse attention pour l'Europe.

Sans doute, les régions peu habitées et les grands espaces constituent un moyen de défense; mais le chemin de fer transcaucasien et la navigation à vapeur de la mer Caspienne peuvent devenir un moyen de diffusion de l'épidémie. On doit rappeler l'épidémie de choléra de 1892, qui, partie du Turkestan, est venue envahir la Transcaucasie et a poussé une expansion jusqu'à Hambourg. Il y a lieu d'espérer que le gouvernement russe saura circonscrire et éteindre l'épidémie de peste du Turkestan, ainsi qu'il l'a déjà fait en 1878 sur les bords du Volga, lorsque la peste est apparue à Vetlianka. Cette espérance se trouve confirmée par les dernières dépêches qui nous apprennent que la peste n'existe plus à Anzola;

5° L'attention de l'Europe doit se porter également du côté du golfe Persique, où aucune protection n'existe en ce moment, malgré le voisinage des régions contaminées, les Indes, Bombay, Kurachee. Nous sommes, dans ces régions, à la merci d'un accident. Si la peste franchissait le golfe Persique, le bassin de la Méditerranée et l'Europe seraient bientôt envahis;

6° Bien que des moyens de défense existent du côté de la mer Rouge, ces moyens doivent être perfectionnés et renforcés. Les prescriptions de la Conférence de Venise n'ont pas été exécutées de façon suffisante. La visite médicale de Suez ayant été la rançon de la suppression de la quarantaine d'observation qui était le seul moyen de défense, il est nécessaire que cette visite soit sérieuse. La protection de l'Egypte et du reste de l'Europe dépend de la façon dont est faite la visite médicale.

Date de l'incorporation des jeunes soldats.

M. Colin demande à l'Académie d'émettre un vœu en faveur d'une proposition actuellement soumise à la Chambre. L'incorporation des jeunes soldats aurait lieu non plus en novembre, mais le 1er octobre, à une saison beaucoup plus favorable.

M. Huchard donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Dumontpallier.

M. P. Budin présente à l'Académie de Médecine, dans les termes suivants, le premier volume du *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris* :

« Au commencement de l'année 1898, un certain nombre d'accoucheurs des hôpitaux et d'agrégés de la Faculté de Médecine avaient invité tous leurs collègues, sans exception, à se joindre à eux pour fonder une Société d'Obstétrique. Cette Société devait avoir principalement pour but l'exposé de faits cliniques et de recherches expérimentales avec des présentations de malades, de pièces anatomiques et de préparations histologiques. Bien que l'appel fait n'eût pas été entendu par tous, la Société d'Obstétrique de Paris s'est organisée. Ses membres lui ont donné de suite une grande vitalité et ils n'ont point failli au but qu'ils s'étaient proposé. On en jugera par le Bulletin que je dépose sur le bureau. Il contient, outre les communications et les discussions, un très grand nombre de figures et de planches. » A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 janvier. — Présidence de M. Berger.

Paralysies radiculaires d'origine traumatique.

M. Poirier, faisant allusion au cas de paralysie radiculaire par rupture traumatique du plexus brachial, rapporté par M. Tuffier à la dernière séance, dit qu'il serait intéressant d'être renseigné sur les caractères des lésions observées ainsi que sur les particularités présentées au cours de l'opération. M. Poirier rapporte ensuite un cas personnel, destiné à montrer combien la question du pronostic est difficile à déterminer en présence de certaines paralysies traumatiques. Le malade de M. Poirier était un explorateur, qui avait la fesse traversée de part en part par une balle. Cette blessure avait entraîné une paralysie complète motrice et sensitive dans la sphère du nerf sciatique, avec réaction de dégénérescence; bientôt, apparurent de vives douleurs névralgiques. Il était logique de penser à une plaie du sciatique; l'opération fut décidée et permit de voir que le nerf était enserré dans une gangue fibreuse, d'origine inflammatoire; il apparaissait sous la forme d'un cordon blanc, ratatiné, exsangue. L'opération se borna à le libérer de sa gangue fibreuse; le nerf parut se vasculariser à l'instant même. L'opération donna des résultats inespérés : le jour même, les douleurs cessèrent et le gros orteil put faire quelques mouvements. Soumis au massage et à l'électricité, le malade fit des progrès rapides; au bout d'un mois il marchait à l'aide de deux cannes; aujourd'hui, il marche correctement. Ce fait est fort intéressant, car il démontre que, malgré l'existence de la réaction de dégénérescence, la paralysie n'est pas fatalement incurable.

M. Tuffier a opéré son malade et n'a pu retrouver le siège de la rupture du plexus; il a vu que les 6e et 7e racines rachidiennes étaient renflées en névromes au niveau des apophyses transverses. La recherche des deux premières branches du plexus (5e et 6e racines) a été relativement facile; la recherche des deux suivantes, cachées par le scalène antérieur, a été plus délicate, à cause du nerf phrénique, qu'il fallut récliner; pour arriver à la première dorsale, il a fallu lier l'artère cervicale transverse. L'exploration électrique des racines du plexus n'a fourni aucun résultat.

Discussion sur l'appendicite.

M. Ricard considère que, dans la plupart des cas d'appendicite observés dans la pratique, les indications opératoires sont peu précises et qu'il y a lieu de faire la part plus grande au traitement médical, qui suffit souvent pour amener la guérison. Sans doute il est des cas où l'intervention s'impose sans discussion : ce sont les cas d'appendicite entraînant des accidents de péritonite septique ou donnant lieu à une collection suppurée évidente. Dans les autres cas, l'opération est moins motivée : il faut alors commencer par le traitement médical, quitte à opérer ultérieurement, si les accidents, au lieu de s'amender, s'aggravent (dissociation du pouls et de la température, paralysie intestinale). On a tout intérêt à reculer l'opération et l'on obtient de meilleurs résultats quand on opère à froid. Une autre question se pose : Faut-il opérer un malade, bien guéri d'une première atteinte d'appendicite? Non, s'il ne présente aucun trouble de la santé. Faut-il enlever l'appendice? Oui, en principe, mais souvent il vaut mieux s'en abstenir, quand son ablation serait dangereuse. Quant au procédé, proposé par M. Poirier pour aller aborder le cæcum *a posteriori* en décollant le péritoine, M. Ricord le considère comme une ressource utile pour atteindre les collections profondes, mais l'ouverture large du péritoine doit rester le procédé de choix.

M. Broca est aussi partisan du traitement médical dans beaucoup de cas, en surveillant attentivement le pouls et la température. Il est certains cas d'appendicite enkystée, qui sont déroutants pour le diagnostic, ce sont ceux où l'abcès a un siège anormal : les cas d'abcès pelviens, siégeant à gauche, sont particulièrement difficiles. Quand à l'éventration possible, elle n'a aucun rapport avec le siège et le mode de l'incision; elle est facilitée par l'absence de réunion; on l'évite, quand la plaie se réunit bien.

M. Potherat, après avoir rappelé les deux opinions extrêmes apportées dans le débat actuel par M. Poirier et par M. Brun, montre les dangers auxquels on s'expose en voulant temporiser. Dans les formes graves aiguës, tout le monde est d'avis d'opérer de suite. Mais dans les formes atténuées, l'hésitation est grande : sans doute, on peut compter sur la guérison spontanée par résolution, mais comme elle est impossible à prévoir, le malade court de grands dangers. L'ouverture de l'abcès dans l'intestin est aussi un mode de guérison fréquente, mais on peut affirmer qu'en pareils cas, l'ouverture chirurgicale eût amené aussi bien la guérison, avec moins de risques pour le péritoine. M. Potherat déclare en terminant qu'il n'a jamais eu à regretter d'être intervenu trop tôt.

Présentations.

M. Hartmann présente un malade chez qui il a fait une pylorectomie d'après le procédé de Kocher, pour carcinome entraînant de la stase gastrique avec cachexie; il est actuellement bien portant.

M. Delbet a opéré par son procédé de capitonnage un cas de *kyste hydatique* du foie. Quelques heures après l'opération, la malade a présenté des accidents généraux très graves (pouls filiforme, coma), qui ont fait penser à une hémorragie intra-péritonéale. La malade ayant guéri, M. Delbet attribue ces accidents à une *intoxication hydatique*.

M. Tuffier a opéré un cas d'*hypospadias* par le procédé de Nové-Josserand. Un lambeau cutané pris à la peau du bras lui a permis de tunnelliser la verge; le résultat est excellent.

M. Albarran présente un rein atteint d'épithéliome papillaire du bassinet; le malade ayant des hématuries abondantes, M. Albarran a pratiqué la néphrectomie. P. Rellay.

L'Esprit des autres. — « La haine des ratés contre l'homme supérieur est impitoyable. » (U. Gohier, *L'Armée contre la Nation*, p. 223.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : P. CORNET.

—

IX. — Bi-acétate de morphine ou héroïne.

IX. — Le Pr Dreser (d'Elberfeld) et le Dr Floret, ont étudié spécialement l'action sédative de ce nouveau remède (1). D'après le premier auteur, l'héroïne calme mieux que la codéine. Par exemple, 1 milligramme d'héroïne provoque chez le lapin un ralentissement très net des mouvements respiratoires, tandis qu'il faut 1 centigramme de codéine pour le même effet. Chez l'homme, 1 centigramme du remède agit favorablement contre la toux, avec ralentissement évident des temps d'expiration et d'inspiration. Après des doses modérées, le volume de chaque prise d'air est plus grand qu'au préalable, et la ventilation des aréoles pulmonaires est plus élevée. Comme les calmants sont aussi employés chez les individus affaiblis, la question s'est posée de savoir si ce n'est pas, dans ces cas, au détriment de la force et de la motilité des muscles respiratoires : remarque importante, car alors, la stagnation des secreta serait favorisée. Or, des expériences précises ont démontré que l'héroïne augmente sensiblement la force de l'inspiration, ainsi que le pouvoir d'activité et de résistance, à chaque moment respiratoire. Il y a, en outre, influence indirecte sur les poumons, par production d'un repos musculaire de tout le corps; la combustion d'oxygène et la production d'acide carbonique sont diminuées. Cette dernière propriété serait utilisable, dans la soif d'air des scoliotiques et des pneumoniques, dans le pneumothorax et les affections organiques du cœur; et cela, sans aucune altération du moi, comme avec les somnifères habituels.

Les expériences du Dr Floret sont surtout cliniques. L'héroïne serait d'un effet prompt et sûr, contre la toux et les douleurs de poitrine, dans les états inflammatoires et catarrhaux des voies inférieures et supérieures de la respiration (*Angine, pharyngite, trachéite, brochite*), qu'il s'agisse des formes aiguës ou chroniques. Dans la tuberculose pulmonaire, le remède à la dose de 1 centigramme 3 fois par jour aurait fourni des résultats appréciables, sauf dans 4 cas sur 25, et alors que morphine et codéine furent sans effets. Particulièrement favorable fut l'action de l'héroïne dans *l'asthme bronchique*. Pas d'influence indirecte fâcheuse, sauf dans un cas où le malade eut un accès de vertige. La dose fut de 5 milligrammes à 0 gr. 02 centigr., 3 à 4 fois par jour, en poudre avec du sucre.

X. — Le Tannaforme dans la médecine infantile (2).

X. — Il est facile d'expliquer pourquoi le *tannigène* et la *tannalbine* (3) ont pris si rapidement place, en particulier, dans l'arsenal thérapeutique destiné à l'enfance. C'est que le mode de traitement suivi jusqu'ici ne pouvait fournir toujours des résultats favorables. Par exemple, l'opium ne pouvait être introduit dans l'organisme des nouveau-nés en particulier, de manière à calmer un état catarrhal de l'intestin, tout en n'apportant par ailleurs aucun dommage. Avec les teintures, comme celles de ratanhia, de cascarille, etc., on n'obtient jamais de prompts effets, à cause de l'action excitante de l'alcool. De même avec le tannin, qui joint à une saveur styptique désagréable une action irritative sur les muqueuses de la bouche et de l'estomac. Quant aux deux préparations tanniques citées plus haut (tannalbine et tannigène), elles offrent, à côté de leurs avantages propres, l'inconvénient de n'avoir que des effets astringents. Au contraire, le tannaforme a été présenté comme jouissant des deux propriétés. Toutefois ce médicament nouveau n'a guère été employé jusqu'ici que dans les affections de la peau et contre les sueurs. On n'a cité que quelques rares observations d'emploi dans les maladies du tube digestif, et d'une manière insuffisante pour pouvoir à peine se former une opinion sur l'activité du remède. Mais le Dr Landau, en fouillant dans la littérature médicale, a d'abord trouvé deux cas de catarrhe intestinal chez l'enfant, publiés par *de Buck* et *de Moor* (1), puis 15 cas de catarrhe chez l'adulte et chez l'enfant, cités par *Eberson* (2); et enfin, en cherchant bien, 115 cas, dont 35 pour les maladies de l'intestin (3).

Caratères physico-chimiques du tannaforme. — C'est une poudre d'un blanc rosé, légère, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'ammoniaque et une solution de soude, desquels on peut la précipiter par addition d'acides. C'est un produit de condensation de l'acide gallique et du formaldéhyde. De ces deux composants, le tannaforme tient ses propriétés astringentes et antiseptiques, et aussi, dans une moindre mesure, raffermissantes et siccatives.

Observations cliniques. — Les affections cutanées traitées par le tannaforme sont au nombre de 24, dont 23 eczémas (face, tête ou généralisé), et un cas d'herpès zoster. Pour l'eczéma crustosum : le visage ou la tête rasée sont enduits d'huile d'olives et maintenus enveloppés ainsi pendant 24 ou 48 heures suivant les cas ; après ce temps, on enlève la croûte qui se détache facilement et l'on applique une fois par 24 heures de la pommade suivante :

Tannaforme.	5 grammes
Excipient	50 —

F. S. A. — Dans tous les cas ainsi traités, la guérison fut rapide, quelquefois en 3 jours. Dans l'herpès zoster, une poudre de tannaforme à 20 0/0 ne produisit pas ces résultats heureux avec la même évidence. Dans les affections de l'intestin (95 cas : entérite aiguë, catarrhe chronique, entérite folliculaire), le tannaforme fut administré par doses de 0 gr. 25 centig. (nouveau-nés) à 0 gr. 40 centig. 3-5 fois par jour. Succès dans la plupart des cas.

Conclusions : 1° Le tannaforme est un astringent intestinal merveilleux, puisqu'il est en même temps antiseptique; 2° ce remède convient en particulier aux enfants, ainsi qu'aux malades pauvres, en raison de son manque de goût et d'odeur, et de son prix peu élevé; 3° le tannaforme mérite une attention particulière dans les cas de catarrhe aigu de l'estomac et de l'intestin; 4° enfin, l'action favorable dans l'eczéma de la tête et du visage, n'est pas supérieure à celle de l'onguent-diachylon d'Hebra.

XI. — Résorption des lavements d'eau salée.

XI. — Eltz a fait une curieuse communication (1), sur l'heureux effet des lavements d'eau salée, dans un cas d'hémiplégie droite, à la suite d'un curettage post abortum. Alimentation rectale, en raison de la torpeur et du trismus persistant. Le sixième jour, injection intestinale d'un litre de solution salée à 1/2 0/0. Tout le liquide fut gardé; il y eut, la nuit, diurèse abondante, et les jours suivants, réveil du sensorium, et disparition du trismus. Chaque jour, répétition des lavements d'eau salée, avec connaissance parfaite, disparition de l'albumine dans l'urine précédemment albumineuse, mais persistance de la paralysie. Il est vraisemblable que le sel agit d'une manière spéciale sur la diaphorèse et la diurèse, en écartant ainsi les symptômes d'urémie. Par extension, l'eau salée peut donc être utilisée dans la néphrite et l'urémie, mais par la voie rectale, parce que dans ces cas il y a plus ou moins d'atonie de l'estomac avec résorption plus ou moins lente. Dans l'atonie gastrique, la soif vive est calmée rapidement et sûrement par les lavements d'eau salée, qui peuvent rendre encore des services appréciables dans les hémorragies, l'hyperhémie gravide, et dans tous les cas où il y a lieu d'alimenter par le rectum. P. CORNET.

XII. — Le Traitement de la Syphilis; par MARSHALL. (*Treatment*, mai 1898.)

XII. — L'accord n'est pas fait entre les syphiligraphes sur le moment auquel il convient de faire commencer le traitement antisyphilitique et sur la façon dont il faut le continuer ensuite. Les uns sont partisans du traitement précoce et continu; les autres, partisans du traitement symptomatique, n'y recou-

(1) *Therap. Mon.*, 1898, n° 9; *Klinisch. thérap. Woch.*, 1898, n° 39.
(2) Lisez *Progrès Médical*, 23 janvier 1897.
(3) *Das Tannaform in der Kinderpraxis* von Dr Johann Landau. (*Klin. therap. Woch.*, 2 oct. 1898.)

(1) *Aerztl. Central-Anzeiger*, 1897, n° 27.
(2) *Therap. Woch.*. 1896, n° 43.
(3) *Thérap. Monatsh.*, 1898, II. 9.

rent qu'en présence d'accidents spécifiques. Le traitement doit être institué dès le début; c'est le meilleur moyen de mettre le sujet à l'abri des graves accidents qui le menacent par la suite. C'est, en effet, entre l'accident primitif et la période secondaire que le virus syphilitique semble exercer le plus d'influence sur le système nerveux et sur les éléments du sang. Schwinner recommande de faire un traitement très énergique la première année, et les années suivantes d'administrer le mercure avec modération et à intervalles assez éloignés. Il reproche aux traitements plus longs (Fournier, 3 ans; Neisser, 5 ans) d'avoir une action fâcheuse sur le physique et le moral des sujets. Cet auteur pense aussi que l'excision du chancre peut avoir pour effet d'atténuer les accidents secondaires, mais non de les éviter. Il est d'avis que la gravité d'une syphilis n'est pas en rapport avec le degré d'intensité du chancre; la syphilis grave précoce tient surtout aux conditions individuelles du terrain. Zeissl partage l'opinion contraire. Le traitement précoce, dit préventif, lui paraît inutile, puisqu'il n'empêche pas la syphilis d'évoluer. En outre, l'organisme s'habitue ainsi au mercure, et quand le malade présentera des accidents généraux, il lui faudra des doses plus fortes que s'il n'en avait pas encore pris. Quant à la durée du traitement, l'auteur donne le mercure jusqu'à la disparition complète des accidents secondaires. Il est partisan du traitement symptomatique, qui consiste à ne traiter que les accidents actuels. Il estime que le traitement intermittent chronique a pour effet de faire absorber des doses inutiles de mercure. En l'absence d'accidents, il ne donne ni mercure, ni iodures. Pour appuyer sa manière de voir, Zeissl compare l'action du mercure sur le virus syphilitique à celle de la quinine sur le parasite de la malaria : on sait que ce dernier n'est sensible à la quinine qu'à certaines phases de son évolution.

Le traitement spécifique n'est d'ailleurs pas tout dans la syphilis et certains auteurs (W. Murray, *British Medical Journal*, Merch, 1898) s'élèvent avec raison contre la routine qui consiste à traiter tous les accidents syphilitiques, secondaires ou tertiaires, par le mercure et l'iodure. L'usage prolongé de ces médicaments peut user la résistance du sujet; il est bon de le suspendre de temps à autre, en prescrivant au malade un régime reconstituant. La quinine, associée à l'iodure, a donné à Murray d'excellents résultats.

Étant données les divergences d'opinions des auteurs sur la façon de régler l'administration du traitement antisyphilitique, il est, on le voit, difficile de décider quel est le mode de traitement préférable. Il en sera ainsi tant que l'agent pathogène de la syphilis nous échappera.

Il est logique de commencer le traitement dès que le chancre est nettement reconnu; en cas de doute, attendre les autres accidents. Il est prudent d'user ensuite du traitement continu avec intervalles de repos. Les arguments de Zeissl contre le traitement précoce et continu sont aisément réfutables : rien ne prouve d'abord que les sujets qui ont pris du mercure dès le début aient ensuite besoin de doses plus fortes; enfin, dans l'ignorance où nous sommes du microbe de la syphilis, rien n'autorise à le comparer au parasite de la malaria. On peut encore ajouter, en faveur du traitement continu, que la syphilis a diminué de gravité, depuis qu'on y a recours.

P. RELLAY.

XIII. — Essais de sérumthérapie antituberculeuse; par G. ZANONI. (1 vol in-8, 168 pages, Genève 1898.)

XIII.— Depuis la communication de Maragliano (1896), nombreux ont été les essais de sérumthérapie d'après la méthode du savant italien (1). Zanoni, dans une étude critique et clinique des plus complètes, analyse tous les faits publiés sur ce sujet depuis deux ans, et y ajoute le résultat de ses expériences personnelles. Il a pu traiter 27 tuberculeux par des injections de 1 cc. de sérum de Maragliano, répétées tous les deux à trois jours pendant 6 mois. Sur 3 malades au premier degré de tuberculose pulmonaire, deux ont été améliorés, le troisième est resté stationnaire; sur 10 tuberculeux à la seconde période, un a été guéri, six nettement améliorés, les trois autres ne retirèrent aucun bénéfice des injections. Sur 14 tuberculeux au troisième degré, il y eut deux guérisons, quatre améliorations, et huit résultats incertains. Cette statistique se rapproche d'ailleurs de celles que Maragliano et Régnier ont fournies à plusieurs reprises.

F. R.

(1) V. Régnier, *Progrès Médical*, 1896, n° 41.

XIV. — L'holocaïne, considérée principalement au point de vue de son influence sur l'épithélium et sur la guérison des plaies perforantes de la cornée; par DALÉN.

XIV. — Après avoir mentionné que la cocaïne a, comme anesthésique, certains inconvénients, peu graves, il est vrai, en comparaison des grands avantages de ce remède, l'auteur donne un aperçu d'ensemble de ce qui a été publié jusqu'ici sur le nouvel anesthésique l'holocaïne, et passe ensuite aux expériences qu'il a faites lui-même sur cette substance.

Suivant l'auteur, l'holocaïne est douée d'une action anesthésique plus rapide et plus sûre que la cocaïne quand l'œil est enflammé, et elle peut par conséquent remplacer avantageusement celle-ci pour l'éloignement de corps étrangers de la cornée, pour la cautérisation d'ulcères serpigineux, etc. Par contre, la cocaïne est à préférer dans l'extraction de la cataracte et dans l'iridectomie, entre autres par la raison que ce remède contracte les vases de la conjonctive et de l'iris, ce qui diminue l'hémorragie.

A l'opposé de divers auteurs, M. Dalén a constaté, dans ses expériences, que loin d'être indifférente à l'épithélium de la cornée, l'holocaïne y provoque des altérations plus graves que la cocaïne. Elle produisait, par exemple, sur certaines parties de la cornée du lapin une mortification complète de l'épithélium, en ce que les cellules confluaient en plaques homogènes, qui tombaient plus tard de façon que la cornée se trouvait parfaitement dépouillée d'épithélium.

La cocaïne amenait d'abord la chute des couches superficielles, puis celles des couches profondes de l'épithélium, 4 0/0 de cocaïne ne donnant pas, néanmoins, lieu à des altérations aussi graves que 1 0/0 d'holocaïne.

Les pertes d'épithélium se réparaient rapidement. En 24 h. la cornée était toujours recouverte, sur toute sa surface, d'un épithélium qui ne consistait toutefois, sur certains points, qu'en deux couches de cellules polygonales aplaties, parmi lesquelles se voyaient des mitoses très nombreuses. A l'examen de l'effet d'un certain nombre d'autres substances sur l'épithélium de la cornée, M. Dalén constata que le chlorhydrate de quinine (2 0/0) ou une solution plus forte) provoquait une longue anesthésie de cet organe, mais amenait en même temps des altérations épithéliales semblables à celles dues à l'holocaïne, quoique plus graves.

Suivant Mellinger, la cocaïne exercerait une influence spécifique défavorable sur la cicatrisation des plaies perforantes de la cornée. M. Dalén examina si l'on pouvait attribuer une influence pareille à l'holocaïne. Il se convainquit que ce n'était pas le cas.

M. Dalén fut cependant tout aussi peu à même de constater, quant à la cocaïne, l'influence décrite par Mellinger. Un assez grand nombre d'expériences comparatives amenèrent l'auteur à la conclusion que les petites incisions perforantes de la cornée se cicatrisent en général de la même façon, que l'on se serve ou non d'un anesthésique local. (*Nordiskt Medicinskt Arkiv*, 18[illegible].)

CLINIQUE DE CHIRURGIE. — M. le Dr A[illegible]eau nous prie d'annoncer qu'il transfère sa clinique de chirurgie du n° 9[illegible] de la rue de la Santé (Hôpital International) aux nos 93 [illegible] du boulevard Arago, et qu'il y continuera l'enseignement libre qu'il y avait précédemment inauguré.

NOUVEAUX JOURNAUX DE MÉDECINE. — Les *Archives provinciales de Médecine*, [illegible] les *Archives* [illegible] Nous [illegible] médicale [illegible] va [illegible] nouveau [illegible], le *Progrès médical belge*. Tous nos vœux de succès et de longue vie à notre homonyme de Bruxelles.

VARIA

Un Docteur en médecine condamné pour exercice illégal de la médecine.

Le tribunal de Dieppe a dans son audience du 2 janvier dernier prononcé un jugement condamnant à seize francs d'amende, avec bénéfice de la loi de sursis, un jeune médecin des environs. Ce médecin ayant terminé ses études et n'ayant plus, pour obtenir son titre de Docteur, qu'à présenter sa thèse, avait été remplacer un confrère, mais avait omis de se munir au préalable de l'autorisation préfectorale prévue par la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Ce qu'il y a de tout particulier dans son cas, c'est qu'il avait été chargé par l'autorité administrative de la surveillance des enfants du premier âge et de l'assistance médicale gratuite dans une circonscription. En outre il avait non seulement régularisé sa situation et obtenu en la forme l'autorisation préfectorale, mais il avait subi sa thèse et avait son titre de Docteur quand il s'est présenté devant le tribunal. « Mais attendu en droit, dit le jugement, qu'une autorisation tacite ne peut suppléer à l'autorisation visée par l'article 6 de la loi du 13 novembre 1892, que la preuve en résulte de ce que cette autorisation, aux termes du 2e § du dit article 6, ne peut être que temporaire, qu'elle doit être limitée à trois mois, sauf à être renouvelée dans les mêmes conditions, qu'au contraire une autorisation tacite aurait un caractère permanent... ; P..., dont la bonne foi ne peut d'ailleurs être suspectée, a exercé illégalement la médecine. »

La condamnation repose comme on le voit sur un défaut de forme. Elle ne peut, dans les termes où elle a été portée, et avec les considérants du jugement, atteindre l'honorabilité du Médecin. C'est une aventure qui doit servir d'exemple aux étudiants qui terminent leurs études médicales, en leur montrant ce que peut amener l'omission d'une simple formalité. Il est regrettable que ces questions de forme puissent amener la comparution devant le tribunal correctionnel tout comme les hauts faits des charlatans, au lieu d'être assimilées à des contraventions justiciables de la simple police.

Le syndicat médical de Rouen, qui nous communique les détails de cette affaire, avait adressé la lettre suivante à tous les médecins membres du Parlement :

Monsieur le Sénateur (ou Monsieur le Député),

Nous prenons la liberté d'appeler votre bienveillante attention sur le cas de l'un de nos jeunes confrères qui nous paraît digne de l'attention des pouvoirs publics.

M. A. P..., après avoir passé avec succès ses derniers examens de médecine et n'ayant plus à subir que l'épreuve de sa thèse, se trouvant par là même dans les conditions prévues par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, a été appelé à suppléer un de nos confrères de campagne aux environs de Dieppe. Dans l'ignorance de la nécessité où il était de se munir de l'autorisation préfectorale, il a omis cette formalité qui constitue une innovation de la loi de 1892. Il est aujourd'hui poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

Ce jeune homme, fort honorable et d'une capacité professionnelle attestée par ses maîtres, aussitôt prévenu qu'il n'était pas en règle, a sans la moindre difficulté obtenu l'autorisation nécessaire pour exercer légalement la médecine. Il va, d'ailleurs, dans quelques jours, subir sa thèse et être en possession du titre de Docteur. Mais ces circonstances n'ont pas eu pour effet de suspendre les poursuites.

Certes, nous sommes les premiers à réclamer de la loi une protection contre la concurrence illicite des charlatans ; mais nous pensons que c'est déformer la pensée de la loi que de l'appliquer à une pure contravention, digne tout au plus, à notre sens, de la juridiction de simple police ; qu'il est impossible d'assimiler un médecin honnête à un rebouteur de profession, et qu'il est excessif de poursuivre rigoureusement, sous une qualification des plus fâcheuses, l'omission d'une formalité sans grande conséquence, alors qu'on se montre parfois si peu disposé à réprimer des abus véritablement préjudiciables à la santé publique et à l'intérêt légitime du corps médical.

L'exercice illégal de la médecine est un délit que commet sciemment et dans un but intéressé un individu qui, étranger aux connaissances médicales, s'efforce, néanmoins, de surprendre la confiance des malades. L'infraction de notre jeune confrère ne ressemble en rien à cette violation intentionnelle de la loi. Elle est plutôt de la nature de celle qui est prévue par les articles 9 et 22 de la loi de 1892 (omission d'enregistrement du diplôme), et il serait plus logique de déférer l'une et l'autre de ces deux contraventions au juge de police, comme l'avait demandé M. Hervé de Saissy pour le second cas, lors de la préparation de la loi (*Journal officiel*, 23 nov. 1892, déb. parl., p. 929) que de les frapper des peines correctionnelles inscrites au casier judiciaire, malgré l'évidente bonne foi des contrevenants.

Nous ne doutons pas, Monsieur le , que le cas de notre jeune confrère ne vous paraisse digne du plus grand intérêt. Aussi n'hésitons-nous pas à vous prier d'intervenir, sans retard, auprès de M. le Ministre de la Justice, pour lui demander de mettre fin, pendant qu'il en est temps encore, à une poursuite si complètement inutile au point de vue de la santé publique et pouvant aboutir à une condamnation, brisant une carrière pour avoir rempli, trop tard, une simple formalité.

Peut-être même ne trouverez-vous pas inopportun, le cas échéant, d'appuyer devant le Parlement, un projet modifiant la loi de 1872 et attribuant compétence au juge de simple police pour statuer sur les infractions prévues par les articles 9, 15 et sur le défaut d'autorisation exigée par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892. Nous faisons appel ici à nos confrères, membres du Parlement, pour soutenir les intérêts du corps médical.

Veuillez agréer, Monsieur le Sénateur, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président de l'Association professionnelle (syndical) des Médecins de Rouen.

Association amicale des Médecins français pour l'indemnité en cas de maladie.

L'Association créée par le *Concours médical* en 1894, a son siège social au bureau du *Concours*, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Elle compte aujourd'hui 530 membres, paye environ 20.000 fr. d'indemnités par an, et a déjà une réserve de plus de 100.000 fr. Tout médecin français ou naturalisé, valide, âgé de moins de 64 ans, peut être admis, après examen médical favorable, en versant une cotisation *semestrielle,* en janvier et juillet. Celle-ci est calculée suivant l'âge d'entrée. Elle varie de 27 à 59 fr., entre 25 et 64 ans, dans la combinaison A, qui ne comporte participation *que jusqu'à 65 ans*; elle varie de 32 fr. 50 à 82 fr. 50, entre les mêmes limites, pour ceux qui, adoptant la combinaison B, désirent être couverts *jusqu'à la mort*, contre la maladie, l'accident et l'infirmité, entraînant incapacité de travail professionnel. Après un stage de six mois, l'assuré qui a rempli ces conditions touche 10 fr. par jour d'indemnité, du 5e au 65e jour de l'incapacité de travail : à partir du 65e jour, il reçoit, si l'incapacité se prolonge, une indemnité quotidienne de 3 fr. 33, soit 100 fr. par mois, et 1.200 fr. par an en cas de suspension durable ou indéfinie des occupations.

On ne saurait trop encourager le développement de ces institutions de prévoyance et nous prions ceux de nos confrères qui désireraient être plus parfaitement renseignés de s'adresser au secrétaire général de l'*Association amicale*, M. le Dr Jeanne, à Meulan (Seine-et-Oise).

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Cours pratique de psychothérapie et d'hypnologie. — M. le Dr BÉRILLON commencera un cours pratique de psychothérapie et d'hypnologie, à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, le jeudi 26 janvier, à dix heures et demie. Il le continuera tous les jeudis, à la même heure. Plusieurs conférences seront consacrées à l'étude pratique des *applications de la suggestion hypnotique à la pédagogie et à l'éducation des enfants vicieux ou dégénérés.*

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

Gynécologie et chirurgie abdominale. — M. le Dr FOURNEL,

lauréat de la Faculté, commencera le mardi 17 janvier 1899, à 8 heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie et de chirurgie abdominale* ; il le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave LOISEL, le vendredi à 5 h. 1/2, rue de l'Estrapade, 18.

Conférence sur le traitement de l'ataxie.— M. le Dr FRENKEL, de Heiden (Suisse), fera le dimanche 15 janvier, à 10 heures, 12, rue Boileau, une conférence sur le *Traitement de l'ataxie locomotrice par la rééducation des mouvements.* Il présentera les appareils dont il se sert et fera la démonstration pratique de sa méthode.

NÉCROLOGIE

Le Dr DUMONTPALLIER

Membre de l'Académie de Médecine.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr DUMONTPALLIER, décédé à Paris, à l'âge de 72 ans.

Né à Honfleur, fils d'un capitaine au long cours, M. Dumontpallier fit de brillantes études classiques, d'abord au collège de Honfleur, puis à Paris au lycée Louis-le-Grand. Il choisit spontanément la carrière de la médecine et malgré les débuts pénibles de tout étudiant sans fortune, il sut rapidement y tracer sa voie. Interne des hôpitaux de Paris en 1853, interne lauréat en 1856, il soutint en 1857 une brillante thèse sur l'*infection purulente et l'infection putride à la suite de l'accouchement.* Cette même année il était lauréat de la Faculté et obtenait le prix Montyon et une médaille d'or. De 1861 à 1863, il fut chef de clinique de Trousseau à l'Hôtel-Dieu et prit une part très active à la publication des cliniques du Maître. En 1866, il fut nommé médecin des hôpitaux. Il était chargé d'un service à l'hôpital de la Pitié quand éclata la guerre de 1870 et fut maintenu à ce poste durant le siège. Aux sombres journées de la Commune, il organisa, au milieu du désarroi général, les secours aux blessés dans ce même hôpital de la Pitié et continua à y remplir simplement son devoir. Lauréat de l'Académie de Médecine en 1875 pour un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des anomalies de l'éruption vaccinale*, et chevalier de la Légion d'honneur, il était nommé officier en 1884 et, après de nombreuses et savantes communications sur le traitement des métrites, l'Académie de Médecine l'appelait à siéger dans sa section de thérapeutique et d'histoire naturelle en 1892.

Pendant sa longue pratique hospitalière, Dumontpallier fit tous ses efforts pour faciliter aux élèves l'enseignement clinique; il avait fait, en 1863, un cours de pathologie interne à l'Ecole pratique, de 1876 à 1878 il fit des conférences cliniques à la Pitié et continua à l'Hôtel-Dieu son enseignement par des cliniques de gynécologie très fréquentées et qu'il ne cessa que lorsqu'il eut atteint l'âge de la retraite.

Travailleur infatigable, M. Dumontpallier prit une part très active à la vie scientifique de nombreuses Sociétés. Membre de la *Société anatomique*, il fut en 1879 secrétaire général de la *Société de Biologie*, qui le nomma ensuite secrétaire perpétuel et pour laquelle il conserva un profond attachement. Il était en outre président perpétuel de la *Société d'Hypnologie et de Psychiatrie.*

Les études de Dumontpallier s'étendirent à toutes les branches de la médecine, mais il se spécialisa plus particulièrement à la gynécologie, à l'hypnologie, à la neuropathologie. Tous les médecins connaissent le pessaire qui porte son nom et le traitement des métrites par l'emploi des crayons de chlorure de zinc. Tout le monde connaît son rapport sur les expériences de métallothérapie de Burq, rapport qu'il rédigea au nom d'une Commission de la Société de Biologie composée de Charcot et de Luys. Ce rapport concluait, après deux ans d'observations minutieuses, en faveur de la métallothérapie. Il continua du reste ses recherches sur le système nerveux et l'hypnotisme, démontra l'existence du transfert de la sensibilité, et se basant sur les phénomènes d'hypnose, admit l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux.

Comme homme privé, ce grand vieillard au visage grave, à la longue barbe blanche, cachait sous des allures autoritaires une grande bonté d'âme. Il sut faire le bien pour le bien, désirant toujours que ses bonnes actions fussent secrètes. Son grand souci d'indépendance lui faisait fuir les honneurs, son enthousiasme de savant l'attachait incessamment au travail. Sa vie était un labeur continu ; levé dès 6 heures, il travaillait tous les jours jusqu'à minuit et regrettait encore, durant sa longue maladie, les études qu'il n'avait pu entreprendre. Il fit le possible pour favoriser l'essor des jeunes générations et pour combattre les préjugés et la routine, et restera à ce titre un des médecins dont la mémoire sera la plus respectée.

Les travaux de M. Dumontpallier sont trop nombreux pour que nous songions même à en faire l'énumération complète, voici la liste des plus importants :

Du rétrécissement congénital aortique au niveau de l'abouchement du canal artériel, 1856. — De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement, 1857. — Mémoire sur le même sujet, présenté au concours du prix Montyon, 1857.— Recherches sur les coagulations fibrineuses de l'artère pulmonaire (en collaboration avec le Dr Trousseau), 1860). — Diabète insipide consécutif au diabète sucré. Autopsie : altération du quatrième ventricule, 1861. — Note sur un cas d'oblitération de la veine cave inférieure, avec circulation collatérale suivie de faits analogues démontrant qu'il existe trois principales variétés d'oblitération de cette veine, 1861. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (1862-1865). Collaboration. — Infection purulente chez la nouvelle accouchée et infection purulente du nouveau-né (1865). — Du rhumatisme articulaire aigu et de l'endocardite ulcéreuse, 1864. — De la dyspnée urémique, 1867. — De la mortalité des nouvelles accouchées et de la suppression des grandes Maternités, 1870. — Sclérodermie et asphyxie symétrique des extrémités, 1871.— Contribution à l'étude des anomalies de l'éruption vaccinale, 1876. — Métalloscopie et métallothérapie, 1877-1878.— Des zones réflexogènes psychiques et motrices du cuir chevelu, motrices de la peau de la région vertébrale pendant la période cataleptique et l'hypnotisme, 1882. — Note sur les conditions qui mettent en évidence le phénomène désigné sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans les différentes périodes de l'hypnotisme, en collaboration avec Magnin, 1882. — De l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral, 1882. — Sur les règles à suivre dans l'hypnotisation des hystériques, 1882. — Etude expérimentale sur le refroidissement du corps humain au moyen de l'appareil réfrigérateur, 1880. — De l'action vasomotrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables, 1885. — L'anesthésie dans le travail de l'accouchement, 1887. — Les contractures hystériques, sur le traitement de la chorée par la suggestion. — Le traitement psychothérapique de la neurasthénie (*Société d'hypnologie*).

J. NOIR.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 8 janv. au samedi 14 janv. 1899, les naissances ont été au nombre de 1.204, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 450, illégitimes, 184. Total, 634. — *Sexe féminin* : légitimes, 403, illégitimes, 164. Total, 567.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 janv. au samedi 14 janv. 1899, les décès ont été au nombre de 948, savoir : 493 hommes et 455 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 2, T. 7. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 4, F. 4, T. 8. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 8, F. 2, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 5, T. 8. — Grippe : M. 1, F. 5, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 67, T. 173. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 9, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 7, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 26, T. 41. — Méningite simple : M. 8, F. 10, T. 18. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 25, F. 34, T. 59. — Paralysie, M. 7, F. 6, T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 8, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 37, T. 69 — Bronchite aiguë : M. 4, F. 8, T. 12. — Bronchite chronique : M. 16, F. 12, T. 28.— Broncho-pneumonie : M. 17, F. 26, T. 43. — Pneumonie : M. 31, F. 21, T. 52. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 22, T. 43.— Gastro-entérite, biberon : M. 9, F. 11, T. 20.— Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 15, F. 12, T. 27. — Sénilité : M. 14, F. 37, T. 51. — Suicides : M. 9, F. 3, T. 12. — Autres morts violentes : M. 8, F. 4, T. 12. — Autres causes de mort : M. 90, F. 60, T. 150. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 19, illégitimes, 13. Total : 32. — *Sexe féminin* : légitimes 20, illégitimes, 12. Total : 32.

UNIVERSITÉ DE LYON. — *Prix biennaux Etienne Falcouz. — Sujet de médecine proposé pour 1900* : De l'ostéomalacie et des déformations lentes du squelette qui peuvent se produire à partir de la puberté (en dehors des fractures et des luxations). Nature de ces diverses affections. Altérations du tissu osseux qui diminuent sa consistance et augmentent sa flexibilité. — *Conditions du concours* : Pour être admis à concourir, il faut être de nationalité française et avoir moins de 30 ans au 1er mai 1900. Les travaux présentés devront parvenir, francs de port, au Secrétariat de l'Université Faculté de Médecine) avant le 1er mai 1900, dernier délai. Les imprimés ne seront reçus que s'ils ont été publiés postérieurement au 1er mai 1899.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — MM. Chabannes, aide-major au 7e régiment d'infanterie de marine, à Rochefort, et Pellan, chargé de la prévôté de l'île de Sein, sont autorisés à permuter. — MM. les médecins de 1re classe Audiat, au 3e régiment d'infanterie de marine et Lefèbvre, du 7e régiment de l'arme à Rochefort, iront servir, le premier à l'infanterie de marine, au cap Saint-Jacques ; le second, à l'infanterie de marine, à Diégo-Suarez (emplois créés). — MM. les Drs Audiat et Lefebvre partiront de Marseille, le premier sur le paquebot *Sinaï* le 2 février, le second sur le paquebot du 10 février 1899. — M. le médecin de 1re classe Chastang, du port de Rochefort, est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Toulon le 24 janvier courant, pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchement.

Ecole de Médecine de Bordeaux. — Un concours pour l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire s'ouvrira a Brest, le mardi 28 mars 1899, en vue du remplacement, à l'Ecole de Bordeaux, de M. le médecin de 1re classe Torel, qui terminera en avril prochain les cinq années réglementaires d'enseignement. Les médecins de 1re classe comptant au moins une période régulière de service à la mer ou aux colonies, dans leur grade, seront seuls admis à se présenter à ce concours.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le Dr BRUN est désigné pour représenter les chirurgiens des hôpitaux de Paris dans le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES — M. Viaud, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE a nommé MM. Budin, Maygrier et Segla membres titulaires dans la section de Médecine.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat* — Le concours de l'Internat des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des 81 candidats suivants : *Internes titulaires* : MM. Grenet. Laubry. Mouchotte. Rathery. Reron. Bruandet. A. Delille. Courcoux. Alexandre. Prat. Morichau-Beauchant. Voisin. Pouliot. Poirier de Clisson. Sithol. Eon. Coudert. Gimbal. Mutzner. L. Alquier. Hallopeau. Aguinet. Guénard. Civatte. Laignel-Lavastine. Huguier. Balthazard. Nollet. Bergeron. Lortat-Jacob. Leuret. Mantoux. Audistère. Katz. Merriot. Sabatié. Dambrin. Girod. Herrenschmidt. Caubet. Percheron. Simon. Joutin. Tourlet. J. Roché. R. Follet. Nicaise. Camus. Langevin. Audart. V. Delaunay. Le Roux. Chevrier. Grosse. Lefas. Du Pasquier. Godineau. G. Legros. Chapotin, Grivot. Paris. Legroux. Calmels. Assicot. Grégoire. Theuveny. Delherm. Bergugnan. Delamarre. Le Sourd. Bosvieux. Lance. Le Roy des Barres. Bellin. Maury. Ball. Poulard. Gadaud. Salomon. Belgrand. Bender. Lutier. *Internes provisoires* : MM. François-Dainville. Gennet. P. Chevalier. Fernique. Ph. Mettey. Netter. Cahen. Le Gambier. Mahé. Lorens. Bouchet. Mlle Parmelle. MM. Hullen. Crozon. Pechmant. Carton. Vivier. Cathala. Kahn. Lecornu. Dardeau. Lenoy. Joinier. Garrigues. Léon. Marrouche. Gasne. Chevrey. Et. Gimbal. Heller. Iridon. Beauvy. Froin. Mesnil. Le Lorier. Savignac. De Gorsse. Demaleent. R. Gaultier. Tranchard. Gardner. Aubertin. B. Weill. Dauzats. Housselot. R. Coudert. Monier. Laffitte. Diel. Brocard. Aubourg. Debret. Vaillant. P. Berthier. Semerl. Gougis. Sebilleau. Bricot. Mirande. — Les dernières questions orales données ont été : *Capsule et ligaments de l'articulation de l'épaule ; phlegmons de la main ; symptomes et diagnostic.*

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 23 mars 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs en Médecine qui voudraient concourir, se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 20 février 1899, et sera clos définitivement le samedi 4 mars, à trois heures.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GILLES-SAVORNIN, décédé à l'âge de 72 ans. — M. Louis MONGES, pharmacien, décédé à l'âge de 74 ans.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service, (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr MAYGRIER, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL ANDRAL. — *Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.* — MM. ALBERT MATHIEU, MAURICE SOUPAULT et J. CH. ROUX. Cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera un mois. — Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic par M. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs. — Pour les renseignements et l'inscription : s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* **1er** *JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **25 janvier.** *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — ELECTROTHÉRAPIE : Effets de l'électricité. Conférence de la Charité, par Régnier. — MÉDECINE PRATIQUE : Passage du contenu de l'estomac dans les poumons ; — Un danger que peut produire la respiration artificielle, par Stewart. — BULLETIN : Magnétiseurs et somnambules, par Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet ; — *Académie de Médecine*, par A.-F. Plicque ; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir ; — *Société d'Obstétrique*, par H. C. — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE : Traitement de la hernie étranglée par résection de l'intestin gangrené, par Waring (An. par Rellay) ; — Cystorrhaphie primitive, par Jonnesco (An. par Cornet) ; — Hystérectomie abdominale totale, par Faure (An. par Longuet) ; — Traitement des abcès du poumon, par Halstead (An. par Rellay). — REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE : L'hypnotisme et la suggestion en médecine légale, par Bernheim ; — L'éducation rationnelle de la volonté, par Levy ; — Névroses et idées fixes, par Janet ; — Psychologie de l'intestin sexuel, par Roux ; — Soulèvement méthodique des poids, par Wreschner ; — Fondation de l'asile de Nietleben ; — Psychoses et affections des reins, par Guélou ; — Les alcooliques persécutés, par Cololian (Ouvr. an. par Keraval). — BIBLIOGRAPHIE : Manuel de micrographie médicale, par Lasserre (An. par Yvon) ; — Les fonctions du pancréas, par Hédon ; — Du myo-œdème dans les affections antéro-hépatique, par Cebrian ; — Blessures de machete, par Perez ; — Fractures anciennes de la voûte cranienne, par Ordoniez ; — Pneumopathies peu fréquentes, par Barrera (Trav. an. par Boissier) ; — Amblyopie toxique, par Grimsdal ; — Difformités dues aux déformations adénoïdes, par Collidge (Trav. an. par Rellay). — VARIA : Congrès contre l'abus des boissons alcooliques ; — Thèses de Bordeaux ; — Grèves universitaires ; — Les infirmières de Londres, etc. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Troisième conférence d'électrothérapie de la Charité;

Par le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de la Charité.

EFFETS DE L'ÉLECTRICITÉ.

L'électricité produit des effets mécaniques, chimiques, caloriques et lumineux. Nous allons les examiner successivement, car tous ils sont utilisés en électrothérapie.

L'étude des lois élémentaires du mouvement et des forces nous apprend que la force vive développée par un corps animé d'une certaine vitesse se mesure par le rapport de la masse de ce corps à sa vitesse ; la force développée étant égale au poids du corps multiplié par le carré de la vitesse, on traduit cette relation par la formule $F = mv^2$.

Or si on prend un corps très pesant et se mouvant lentement et un autre très petit, mais dont la vitesse est considérable, on peut avoir comme force vive une mesure égale et cependant les effets produits seront très différents. Si nous prenons par exemple un marteau pesant 500 kilos, qu'on fait descendre sur une plaque de plomb avec une vitesse de 2 mètres par seconde, et d'autre part une balle de plomb de 2 grammes sortant de l'arme avec une vitesse de 1.000 mètres par seconde, et dirigée aussi contre une plaque de plomb, l'énergie ou travail mécanique sera la même, car :

$$500.000 \text{ gr.} \times 2^2 = 2.000.000$$
$$\text{et } 2 \text{ gr.} \times 1.000^2 = 2.000.000$$

Cependant les effets seront différents car dans le premier cas la lame de plomb sera écrasée, dans le second elle sera traversée.

Quand il s'agit d'électricité la masse est représentée par la *quantité* et la vitesse par la *tension*. Dès lors le travail mécanique se trouve mesuré par q, quantité, multiplié par la force électromotrice. Le Watt, unité de force mécanique électrique, est le travail fourni par une quantité [illegible] d'électricité [illegible], on peut avoir une quantité d'électricité très grande sous une faible tension Qe ou une petite quantité d'électricité sous une forte tension qE donnant le même nombre de watts. Mais les effets seront, comme dans le premier cas, différents.

Si à la notion de quantité et de tension on ajoute celle du temps pendant lequel le travail est effectué, on a, si le temps est très court, un *choc* ou décharge ; s'il est plus long, un travail continu régulier ou *flux*. Examinons donc comment se comportent, sous le rapport du travail mécanique, nos diverses sources d'électricité médicale.

L'étincelle statique fournit une quantité d'électricité très faible sous une tension très forte. Aussi produit-elle des effets brisants. On peut, avec elle, percer des cartes, des plaques de verre, provoquer des secousses musculaires énergiques et même, si l'étincelle est forte, la rupture des muscles.

Le courant induit des bobines est produit aussi par une quantité d'électricité faible sous une tension forte. Aussi ses effets se rapprochent-ils de ceux de l'étincelle statique. Mais ils sont plus variés. Si, en effet, on emploie une bobine secondaire à fil très fin, la tension dans cette bobine est très élevée, l'effet de choc [illegible]dérable. Si au contraire la bobine [illegible] construite avec un fil plus gros [illegible] diamètre de celui de la primaire, [illegible] que, pour une même quantité d'électricité [illegible] la bobine primaire dans les deux cas l'effet [illegible] est moins considérable dans le second parce que la tension est moins élevée. Donc, à quantité égale d'électricité, c'est la tension qui détermine la différence des effets.

Avec les courants [illegible] il y a [illegible] quantité d'électricité pour une même tension que dans les appareils volta-faradiques employés en médecine. Aussi leurs effets mécaniques sont-ils toujours supérieurs à ceux de ces derniers.

Le courant de pile fournit une grande quantité d'électricité sous une tension très faible. C'est pourquoi les effets mécaniques sont plus petits à tension égale. Ils ont aussi le caractère particulier de se produire toujours dans le même sens. Ce phénomène a été bien démontré par Perret dans une expérience très simple. [illegible] telle

façon que le niveau soit le même des deux côtés, puis on fait passer le courant d'une pile dont l'un des pôles est relié au premier vase, l'autre au second à l'aide d'un fil plongeant dans le liquide : au bout d'un certain temps on voit que le liquide a monté dans le compartiment en rapport avec le pôle — de la pile, tandis qu'il a baissé dans celui qui est relié au pôle +.

Dans une autre expérience on verse dans un tube en U renfermant aussi de l'eau acidulée une gouttelette de mercure, puis on fait passer un courant de pile et on constate encore que le mercure est déplacé et se meut du pôle + vers le pôle — Porret a donné à ce phénomène le nom de *cataphorèse*.

La cataphorèse, phénomène mécanique, qu'il ne faut pas confondre avec *l'électrolyse*, phénomène chimique, est employée en électrothérapie pour faire pénétrer certains médicaments dans des points déterminés de l'organisme. Nous allons donc vous exposer les *lois de Wiedemann* qui sont la base de nos dosages dans cette méthode électrothérapique.

Wiedemann a d'abord constaté que, pour une épaisseur et une surface de cloison toujours les mêmes, la quantité de liquide qui se transporte du pôle + au pôle — est proportionnelle à la *tension* du courant.

En second lieu, que pour une même tension la quantité de liquide qui passe est toujours la même quelles que soient l'épaisseur et la surface de la cloison. Enfin que la quantité de liquide transportée augmente avec la résistance de ce liquide.

Au point de vue électrothérapique ces lois nous montrent donc que nous n'avons pas à nous préoccuper de l'épaisseur des tissus à traverser, mais seulement de l'intensité du courant à employer et de la résistance du liquide, ce qui fait que pour un médicament donné, il vaudra toujours mieux employer une solution assez étendue plus résistante qu'une solution concentrée.

Les courants exercent sur d'autres courants ou sur des aimants situés dans leur voisinage des actions mécaniques qui ont été bien étudiées par Ampère. Il a trouvé que deux courants parallèles s'attirent quand ils sont dirigés dans le même sens et se repoussent dans le cas contraire, que deux courants formant un angle entre eux s'attirent s'ils se dirigent ensemble vers le sommet de l'angle ou vers ses extrémités et se repoussent dans le cas contraire. Aussi dans les solénoïdes de même que dans les aimants, les courants de l'extrémité sud sont ils dirigés dans le sens des aiguilles des montres, tandis que ceux de l'extrémité nord sont dirigés en sens inverse. C'est cette action directrice des courants sur les aimants qui est utilisée dans les galvanomètres et cela explique pourquoi, quand on veut rendre les galvanomètres astatiques, c'est-à-dire soustraits à l'influence du magnétisme terrestre on les munit de deux aiguilles fixées horizontalement l'une à l'autre par une tige verticale et se regardant par leurs pôles contraires. L'aiguille inférieure est seule influencée par le courant qui passe dans le galvanomètre, l'autre neutralise l'action terrestre.

Ampère remarqua aussi que les solénoïdes dans lesquels on introduit un morceau de fer doux l'aimantent et que cette aimantation cesse dès que le courant est interrompu. Cette découverte de *l'électro-aimant* fut le point de départ de beaucoup d'applications des effets mécaniques des courants : télégraphe, téléphone, microphone, enregistreurs, signal Deprez, explorateur Trouvé, diapason vibrateur de Boudet (de Paris), etc.

On a aussi constaté qu'un fil placé dans un solénoïde magnétisant ou traversé par un courant s'allonge et diminue transversalement au moment de la fermeture du circuit et rend un double son par le fait de vibrations à la fois longitudinales et transversales. Un fil tordu soumis aux mêmes influences se détord. Ces deux phénomènes sont utilisés dans la construction de certains instruments de mesure pour les courants de haute fréquence et de haute intensité.

L'action mécanique du *champ magnétique* a été aussi utilisée pour traiter les contractures et les troubles de la sensibilité chez les malades hystériques.

Nous n'insistons pas davantage sur ces divers effets qui ont cependant, nous l'avons montré, leurs applications pratiques mais nous voulons attirer surtout votre attention sur les diverses formes de contractions musculaires que provoquent les diverses modalités de l'énergie électrique employées en thérapeutique.

Lorsqu'on emploie l'étincelle statique on se sert généralement d'une boule montée sur un manche isolant et qu'on approche du muscle suffisamment près pour que l'étincelle se produise. Mais il est difficile, par ce procédé, de bien localiser l'action. Aussi vaut-il mieux employer l'électrode que nous vous montrons et qui s'applique exactement au point sur lequel on veut faire porter le choc statique.

Il y a lieu de tenir compte ici du signe de l'étincelle ; quand l'électrode est mise en rapport avec le pôle — de la machine, la secousse est plus brusque, plus énergique, et se termine par un léger tétanos du muscle. Lorsqu'elle est reliée au pôle +, la secousse est plus lente, moins énergique, il n'y a pas de tétanos. Nous verrons cette action polaire identique avec les courants voltaïques. L'énergie de la contraction est proportionnelle au carré de la longueur de l'étincelle. Elle est aussi proportionnelle au diamètre des boules lorsqu'on emploie ces dernières, et en rapport inverse avec le diamètre si on se sert de l'excitateur médiat dont nous avons donné la figure plus haut. Cela tient à ce que pour les boules la densité du courant augmente avec leur diamètre, tandis que pour les électrodes plates c'est le contraire.

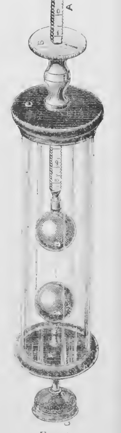


Fig. 3.

Avec le courant faradique, l'excitation mécanique se produit seulement par l'intermédiaire du nerf. Si on procède en établissant le courant par une série de fermetures et d'ouvertures du primaire assez espacées, on constate que la secousse se divise en trois périodes : une d'excitation latente de 0"004 à 0"01, une d'énergie croissante de 0"03 à 0"04 plus courte si l'excitation est faible ou si le nerf est malade ou fatigué, une d'excitation décroissante de 0"04 à 0"06.

Si à la fin de cette première secousse on pratique une seconde excitation, on a une seconde secousse avec les mêmes caractères. Si au contraire avant la fin de la première secousse on pratique une nouvelle excitation, le muscle qui n'a pas eu le temps de se détendre complètement se contracte de nouveau, et si on accélère

suffisamment la succession des secousses on obtient une contraction tétanique qui ressemble, par certains de ses caractères, à la contraction volontaire. La fusion des secousses dans ces cas est due à l'élasticité du tissu musculaire. Si on prolonge ces excitations rapides, le muscle finit par se relâcher parce qu'il est fatigué.

Pour obtenir la contraction tétanique *optima* il faut que le trembleur de l'appareil donne de 18 à 20 interruptions par seconde. La force de la contraction tétanique croit avec le nombre des excitations jusqu'à 2.500 par seconde. Au dessus de ce chiffre l'excitation du muscle ne se produit plus et il n'y a plus de contraction musculaire. C'est pourquoi avec les courants de haute fréquence qui fournissent jusqu'à 30.000 alternances par seconde, on n'observe pas d'effet mécanique sur les muscles.

Les courants magnéto-électriques donnent une contraction tétanique énergique.

Le courant de pile agit mécaniquement sur les nerfs et sur les muscles, mais seulement quand il est périodiquement interrompu et rétabli.

Pflügger avait trouvé qu'en plaçant les deux pôles sur le nerf on obtient : avec un courant faible deux secousses, l'une à l'ouverture du courant, l'autre à la fermeture, que le courant soit ascendant ou descendant; avec un courant moyen, quatre secousses, deux à la fermeture, deux à l'ouverture, quel que soit le sens du courant; avec un courant fort, deux secousses, une à la fermeture avec le courant descendant, une à l'ouverture avec le courant ascendant.

Erb, qui a repris ces recherches sur l'homme en employant l'excitation monopolaire, a obtenu des résultats qui, bien qu'un peu différents en apparence, aboutissent en somme aux mêmes conclusions : à savoir, que c'est surtout l'action polaire et l'intensité du courant qui jouent le rôle principal dans l'ordre de succession de l'apparition des secousses.

Au lieu d'opérer comme Pflügger, Erb place une grande plaque métallique recouverte d'amadou et humectée, dite électrode indifférente, sur le sternum, et un tampon de deux à trois centimètres de diamètre sur le nerf ou sur le muscle à examiner. Il a constaté ainsi qu'un courant faible appliqué sur un tronc nerveux produit une secousse unique de fermeture, le pôle négatif (cathode) étant le pôle actif. Un courant plus fort produit une contraction de fermeture plus forte ; le pôle négatif étant encore appliqué sur le nerf, si on change le pôle en renversant le courant, on constate une contraction de fermeture et une contraction d'ouverture au pôle positif ; avec un courant très fort la contraction de fermeture avec le pôle négatif devient permanente (contraction tétanique) et il se produit au pôle positif une contraction de fermeture et une contraction d'ouverture.

Si on excite le muscle directement on constate que la contraction de fermeture est toujours plus forte que celle d'ouverture quel que soit le pôle. Si l'intensité du courant est progressivement diminuée, les secousses d'ouverture disparaissent les premières et la contraction de fermeture au pole négatif est celle qui disparait la dernière, elle est toujours la plus forte, quelle que soit l'intensité du courant.

Nous aurons à appliquer ces notions à l électrodiagnostic et à l'électrothérapie. C'est pourquoi nous avons tenu à vous les exposer tout d abord ici.

MÉDECINE PRATIQUE

Passage du contenu de l'estomac dans les poumons : un danger que peut produire la respiration artificielle;

Par R.-S. STEWART,
Médecin de l'Asile du comté de Glamorgan (pays de Gal es).

M. Brosch (de Vienne), en faisant des expériences sur le cadavre a noté un danger qui peut accompagner la respiration artificielle (*Progrès médical* du 24 septembre 1898, p. 213), dont le cas suivant fournit un exemple remarquable. Un malade de cet asile, âgé de 40 ans, victime de manie pendant 7 ans, avait l'habitude d'être nourri par un gardien, non pas qu'il avait témoigné quelque tendance à étouffer, mais à cause de sa résistance et sa violence impulsive. Le 17 décembre on lui a servi un souper composé de pain trempé en lait et complètement réduit en pulpe, à peu près un demi-litre en tout. On lui a donné toute la quantité sans aucune difficulté et sans la moindre indication que la nourriture avait passé autrement que d'habitude. Après quelques instants, sans aucun signe prémonitoire, sa tête est retombée en arrière et il est devenu pâle comme un mort, sans pulsation ni respiration. Immédiatement le gardien l'a couché et a commencé la respiration artificielle selon la méthode Sylvester. Quelques minutes plus tard, les médecins l'ont trouvé sans pulsation ni respiration, et ils n'ont pu découvrir aucun bruit cardiaque. La bouche et le pharynx étaient parfaitement vides. Le gardien a noté trois ou quatre respirations légères après l'attaque syncopale.

On a fait l'autopsie 17 heures après la mort. Le corps était dans un état de *rigor mortis*, et la surface entière était d'une pâleur prononcée et pas du tout livide. L'encéphale était atrophié et œdémateux, les méninges se trouvaient épaissies, opalescentes et à moitié pleines d'eau, mais il n'y avait point d'adhérences. Le liquide cérébro-spinal existait en excès, et on n'a pu découvrir aucune grosse lésion. Le péricarde contenait à peu près un centilitre de liquide transparent. Le cœur, qui pesait 325 grammes, était mou et flasque, les oreillettes à moitié remplies de sang liquide et noirâtre, et les ventricules vides à l'exception d'un petit caillot peu dense, moitié pâle et moitié noirâtre qui se trouvait pris dans les mailles musculaires d'extrémité inférieure du ventricule droit. L'athérome, assez avancé, était localisé autour des orifices des artères coronaires et sur la surface interne de l'aorte ascendante jusqu'à cinq centimètres. Le poumon gauche pesait environ 560 gr. et le poumon droit 590 grammes. Il n'y avait point d'adhérence et la superficie en paraissait parfaitement normale. A l'examen, on a trouvé des débris d'aliment dans chaque bronche, et après avoir coupé les poumons on a découvert ces mêmes débris dans les bronches les plus petites des poumons, surtout dans les lobes inférieurs. Autrement, il n'avait rien d'anormal, à l'exception d'une légère congestion des parties postérieures et inférieures. Il n'y avait pas de corps étrangers ni dans la bouche, ni dans le pharynx, ce n'est que dans la partie supérieure de la trachée-artère qu'on a trouvé une très petite quantité de pulpe alimentaire. L'estomac contenait environ cinq centilitres de nourriture et la surface intérieure en paraissait tout à fait normale.

En ce cas la mort résulta évidemment d'une défaillance subite du cœur (ce qui arrive assez souvent dans

les cas où les artères coronaires à leur origine se trouvent en état de dégénération athéromateuse) et n'avait aucun rapport avec un trouble de la respiration. Rien n'indiquait l'asphyxiation. Au moment de l'attaque syncopale, l'estomac contenait un demi-litre d'aliments ; à l'autopsie il n'y restait qu'un dixième de cette quantité. Il est impossible que ce qui avait disparu de l'estomac ait pénétré dans les poumons, car ils ne dépassaient pas leur poids normal ; une partie considérable a dû passer par l'orifice pylorique jusqu'au petit intestin. La matière trouvée dans les poumons est venue de l'estomac. Il paraît alors que l'orifice cardiaque de l'estomac peut être facilement forcé, sur le cadavre au moins, et que son contenu peut être poussé le long de l'œsophage jusqu'au pharynx par la compression du thorax inférieur (moyen ordinaire d'exprimer l'air des poumons), et qu'il peut être aspiré par les voies respiratoires à chaque inspiration artificielle successive. Il n'est pas évident que le contenu de l'estomac puisse, dans des circonstances pareilles, passer avec une facilité égale dans les poumons d'un sujet sans connaissance et dans ceux d'un vivant. S'il en est ainsi, alors le danger est bien réel. Dans le cas présent, si par hasard la syncope n'eût pas été immédiatement fatale, la guérison n'aurait été guère probable car la mort par asphyxie aurait résulté. Alors, dans tout cas de respiration suspendue, si on a des raisons de croire que l'estomac contient de la nourriture ou du liquide quelconque, il faut le vider au moyen du tube, si cela est possible. Si ce n'est pas possible, il faut éviter d'employer les méthodes ordinaires d'exciter la respiration (celles de Sylvester, de Marshall Hall ou de Howard) et il faut essayer de la rétablir par la traction rythmée de la langue. Voilà le seul moyen d'éviter le danger d'asphyxie par le passage de corps étrangers de l'estomac jusqu'aux voies respiratoires.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Magnétiseurs et Somnambules.

M. le Pr Brouardel consacre les dernières pages de son très intéressant livre : *L'exercice de la Médecine et le Charlatanisme* (1) à la question des magnétiseurs et des somnambules.

« *Vulgus vult decipi* », dit un adage latin, et nos contemporains, tout aussi superstitieux que nos pères, se plaisent à se laisser tromper. Les pratiques seules se sont modifiées, la magie blanche et la magie noire ont fait place à l'hypnotisme et au magnétisme, qui cèdent la place déjà à l'électrodynamisme et aux rayons X ; tant il est vrai que tout s'incline devant les progrès de la science. On serait tenté de croire que ces pratiques de magnétisme et de somnambulisme sont rares, que ceux qui s'y livrent se cachent et que la plupart de leurs clients vont les consulter par snobisme ou par curiosité. C'est une erreur, les magnétiseurs et les somnambules de nos jours exercent publiquement, ils réclament du reste hautement ce qu'ils considèrent comme un droit ; ils se font parfois assister d'un médecin famélique, et, a l'abri de son diplôme, exercent leur petite industrie sans tracas et sans ennuis. S'il faut en croire la thèse très documentée de M. le Dr Laurent de Perry (1), la ville de Bordeaux serait le paradis terrestre des somnambules extra-lucides. Les magnétiseurs, à la suite de l'acquittement de l'un des leurs par la Cour d'Appel d'Angers, exploitent surtout la région qui dépend de cette Cour. L'audace des somnambules n'a pas de bornes, elles ne se contentent pas de diagnostiquer et de guérir par le tamis, le blanc d'œuf, le marc de café, le plomb fondu, la céromancie et la chiromancie, elles mettent en outre en garde contre leurs pareilles : « Ne pas confondre cette dame avec les somnambules de passage » dit le prospectus de Mme Berthe, qui se charge de guérir en très peu de temps toutes les personnes abandonnées des docteurs ; tandis que Mme d'Urville, somnambule de naissance. « prie instamment les personnes qui ne la connaissent, pas de ne la comparer avec aucune de ses confrères » (*sic*). Il faut noter que de temps à autre la somnambule ajoute à ses nombreuses qualités la mention : « Assistée de son médecin », telles à Bordeaux Mmes Patrice, Dalmyre et Nini, dont M. Laurent de Perry publie les étonnantes réclames.

Les magnétiseurs ne restent pas en arrière, mais ont des prétentions plus scientifiques. C'est ainsi que dans une ville de Maine-et-Loire, X.., diplômé de la Faculté des sciences magnétiques, lauréat des Secouristes français (?), applique un « traitement spécial méthodique excluant les médicaments et certaines opérations », donne des « soins spéciaux détournant immédiatement tous symptômes alarmants chez les enfants ».

Comment cet état de choses persiste-t-il malgré la loi sur l'exercice de la médecine qui punit l'exercice illégal et même encore le médecin qui couvre les charlatans de son diplôme ? M. le Pr Brouardel répond à cette question. La Cour de cassation, le 25 avril 1857, et la Cour de Lyon, le 23 juin 1859, avaient décidé que le fait de traiter un malade par le magnétisme constituait pour un magnétiseur ou une somnambule, assistée ou non d'un médecin, le délit d'exercice illégal, et cette jurisprudence avait prévalu sous l'empire de la loi du 19 ventôse an XI. Mais lors de la discussion de la loi de 1892, la commission parlementaire, malgré les efforts du Dr David (des Alpes-Maritimes), dans un esprit de libéralisme, refusa de consigner dans la loi l'interdiction du magnétisme, non dans le but de faciliter l'exercice illégal, mais dans celui de permettre à chacun d'étudier scientifiquement les phénomènes de magnétisme et d'hypnotisme. Depuis, deux jurisprudences se sont établies : une, assez généralement acceptée en France, condamne les somnambules et les magnétiseurs qui soignent les malades : Exemples : le jugement de la 10e chambre correctionnelle de Paris qui, le 29 janvier 1893, a condamné le zouave Jacob ; les jugements du tribunal de Lille en 1897 et du tribunal de Bordeaux de 1896, ce dernier condamnant en outre un magnétiseur et un officier de santé qui avaient prêté leur concours à une somnambule. L'autre jurisprudence est spéciale à Angers, et ne considère pas le magnétisme

(1) J.-B. Baillière et fils, édit., 1899.

(1) Laurent de Perry. — Les somnambules extra-lucides et leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales. J.-B. Baillière, édit., 1897.

comme un traitement. Se basant sur une singulière interprétation de la loi de 1892, la Cour d'Angers a cassé un jugement du tribunal du Mans du 18 mai 1894, condamnant une magnétiseuse; dans un nouveau cas le tribunal correctionnel (4 juin 1897), puis la Cour d'Angers (septembre 1897) confirment cette jurisprudence. Le Syndicat des médecins d'Angers, qui a courageusement entrepris les poursuites, suit cet arrêt en cassation, et la Cour suprême, avant peu nous l'espérons, fixera définitivement l'interprétation de la loi et mettra fin à ce triste état de choses, car, selon l'expression de M. Brouardel, si les médecins souffrent de ces abus, les malades en meurent. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 *janvier* 1899. — Présidence de M. Gellé.

M. Chipault est un avocat ardent de la *sympathicectomie* chez les épileptiques. Sur dix-huit malades qu'il a opérés, il constate dix résultats nuls et cinq améliorations notables. Dans un cas, il y avait myxome du ganglion sympathique : ce cas doit être mis à part. Dans six cas, il a enlevé les ganglions cervicaux; c'est là le point difficile. surtout s'il s'agit des ganglions supérieurs, et ceux-là surtout doivent être enlevés, car c'est sur ces six cas qu'il a observés les quatre améliorations notables. Il opère ceux auxquels le bromure n'a rien fait, et le bromure agit chez eux après l'opération, n'est-ce pas à la sympathicectomie qu'il faut attribuer la suractivité circulatoire qui permet alors au bromure d'agir. Quant à l'enfant qui a été présentée à la Société et sur laquelle M. Déjerine a fait une communication orale (Séance du 31 décembre), il prétend que cette enfant avait des crises comitiales généralisées en séries subintrantes pendant huit jours par mois, que l'hémiatrophie faciale lui avait déjà paru être, peut-être, de cause sympathique; que les accès sont rapprochés, mais moins intenses.

M. Dejerine dit que les crises de la petite opérée persistent depuis l'intervention opératoire, et leur répétition tous les deux ou trois jours témoigne d'une aggravation dans le nombre des crises. Enfin outre la dystrophie hémifaciale avec rétraction du globe oculaire, la malade présente de la tachycardie persistante, de la parésie d'une corde vocale, inerte à la fois à la fonction de phonation et à celle de la respiration. Enfin s'adressant aux physiologistes, il demande si, chez le jeune animal, la sympathicectomie avec ablation des ganglions cervicaux supérieurs est une opération sans danger et si, pour une amélioration problématique de l'épilepsie, on ne court pas le risque de provoquer des troubles trophiques dans le domaine de la face et dans le territoire cérébral ?

M. Dupuy.— La sympathicectomie, chez le jeune animal peut entraîner une atrophie cérébrale correspondante plus ou moins généralisée avec altérations de la substance nerveuse. Cette hémiatrophie cérébrale peut se retrouver dans la descendance des animaux (Expériences de Brown-Séquard).

M. Gley confirme les recherches de M. Dupuy. Les sections du sympathique, outre les lésions cérébrales produisent des altérations musculaires.

M. Laborde partage l'avis des physiologistes et signale la tachycardie comme générale chez les jeunes animaux opérés du sympathique.

M. Féré a constaté chez un jeune sympathectomisé une amélioration passagère ; mais on sait que chez les épileptiques une opération quelconque donne fréquemment un arrêt des crises.

M. Chipault à une question de M. Charrin sur les indications physiologiques qui l'ont amené à faire la résection du sympathique, avoue que cette indication n'est pas nette. L'opération fut faite avant lui par Jonnesco, Alexander, Jaboulay, et il considère qu'il faut faire des tentatives consciencieuses pour tacher d'améliorer la situation de ces misérables.

MM. Courtade et Guyon ont continué leurs études sur l'action du pneumogastrique sur l'instestin grêle : les muscles lisses (couche circulatoire) se contraetent différemment si l'excitation vient du sympathique ou du pneumogastrique.

M. Brault (d'Alger) envoie l'observation d'un cas d'actinomycose de la joue.

M. Baillet étudie des anomalies de ventouses des cestodes. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 *janvier* 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

L'appendicite dans l'armée.

M. Chauvel communique 171 observations. 83 cas ont été traités par les moyens médicaux, 88 ont nécessité une intervention chirurgicale. En analysant tous ces faits. M. Chauvel conclut que l'appendicite légère est curable par un traitement médical rationnel. Partisan de l'intervention dès que la suppuration est évidente, même dès qu'elle est très probable, il donne ses préférences à l'incision éloignée et il admet l'ablation de l'appendice comme très avantageuse, mais à condition que les recherches soient sages et ne nécessitent pas des investigations étendues. Dans les cas de péritonite généralisée l'action chirurgicale sera poussée jusqu'aux dernières limites. Quant à l'opération à froid elle n'est autorisée que par la persistance de lésions non douteuses et par les demandes instantes des patients.

Résection de l'estomac pour cancer.

M. Tuffier présente trois malades opérés de cancer de l'estomac, l'un, il y a un an, l'autre il y a neuf mois et le dernier il y a huit mois. Ces malades n'ont plus éprouvé de troubles gastriques, ont engraissé et vivent de leur travail. Il importe d'insister sur ce dernier point. Le premier était atteint d'épithélioma avec adhérences en dehors de l'estomac et ganglions. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma. Le deuxième était dans un état cachectique si grave qu'on avait diagnostiqué une anémie pernicieuse; M. Hayem a rétabli le diagnostic en s'appuyant sur l'examen du sang. On a enlevé une portion d'estomac de 15 centimètres de diamètre. La troisième malade est une femme de 42 ans, dont l'état était encore plus grave que celui du malade précédent. Ces résultats obtenus dans de si mauvaises conditions font deviner les succès que donnera l'intervention faite dès le début ; on peut dire que le cancer de l'estomac est d'ordre essentiellement chirurgical.

L'air artificiel et ses applications à la médecine.

MM. Jaubert et Laborde, dans une note des plus intéressantes, signalent la découverte d'une substance chimique qui, sous un poids relativement léger et par une seule opération : 1° débarrasse totalement l'air vicié de son acide carbonique, de sa vapeur d'eau et autres produits irrespirables; 2° lui redonne automatiquement, en échange, la quantité d'oxygène mathématiquement exacte qui lui manque. En un mot, cette substance, par son simple contact avec l'air vicié par la respiration, régénère totalement celui-ci, et lui restitue toutes ses qualités premières. Avec 3 ou 4 kilogrammes de cette substance, il est possible de faire vivre dans un espace hermétiquement clos (par exemple dans un bateau sous-marin ou dans un scaphandre) un homme sain et adulte, pendant 24 heures. La pureté de l'air obtenu par ce procédé rend son application des plus importantes en médecine et en hygiène.

Injections hypodermiques simultanées d'éther et de morphine.

M. Ferrand montre que par l'emploi simultané des injections d'éther et de morphine on obtient une action sédative parfaite en évitant tout danger de syncope et de collapsus.

Collyres huileux en ophtalmologie.

M. Serini insiste sur les avantages de l'huile comme dissolvant des alcaloïdes. La tolérance et l'activité sont beaucoup plus grandes qu'avec les collyres aqueux.

La médication thyroïdienne ; réglementation de la vente des produits thyroïdiens.

L'Académie, à la suite d'un rapport de M. François Franck, émet le vœu suivant : Les produits thyroïdiens étant toxiques, sous quelque forme que ce soit, leur vente devrait être soumise à la réglementation en vigueur pour les remèdes dangereux ; par suite, les produits thyroïdiens ne devraient être délivrés que sur ordonnance du médecin, ordonnance renouvelée chaque fois.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 janvier 1899. — Présidence de M. Raymond.

Aboulie systématisée.

M. Lermoyez a enlevé les cornets inférieurs à une jeune fille qui par le fait d'une malformation antérieure ne pouvait respirer par le nez. Après la guérison opératoire la malade continua à respirer par la bouche bien que la voie nasale fût libre. Des phénomènes d'asphyxie se produisent si on obture la bouche. Il y a là un phénomène d'aboulie, la malade ne sait pas respirer par le nez. Il faut ajouter que cette jeune fille présente des stigmates manifestes d'hystérie.

M. Joffroy a observé une aboulie analogue chez une femme qui, à la suite d'une arthrite, croyait, bien que guérie, ne pouvoir marcher. La suggestion durant le sommeil hypnotique la guérit instantanément.

M. Raymond croit que la suggestion donnerait de bons résultats chez la malade de M. Lermoyez. Il pense qu'on pourrait restituer à cette jeune fille la sensibilité générale et celle de la muqueuse nasale, et la respiration normale serait la conséquence du retour de cette dernière sensibilité.

Perforation tuberculeuse du voile du palais.

M. Barbier signale un cas de perforation tuberculeuse du voile du palais avec tuberculose de l'amygdale et adénopathies consécutives. La syphilis n'y jouait aucun rôle, le traitement antisyphilitique ayant aggravé l'état de la malade qui s'améliora avec des badigeonnages à l'acide lactique au dixième et la suralimentation.

Chancres syphilitiques du mamelon chez une nourrice.

M. Danlos présente une nourrice, infectée par un nourrisson prétendu sain qui porte 20 chancres syphilitiques sur le mamelon droit et un sur le gauche et offre des deux côtés de l'adénopathie axillaire.

Opothérapie thyroïdienne.

M. Claisse a obtenu de bons résultats avec l'opothérapie thyroïdienne chez trois malades différents : les deux premiers étaient neurasthéniques, le troisième était atteint de polyarthrite déformante et ses urines contenaient du sucre et de l'albumine qui disparurent après huit jours de traitement. Peut-être ne devrait-on pas borner au myxœdème l'usage de l'opothérapie thyroïdienne.

Xanthelasma chez un diabétique non glycosurique.

MM. Renon et Follet ont observé un malade de 65 ans, diabétique chez lequel la glycosurie a disparu depuis quinze mois. Un xanthelasma plan a alors apparu sur la jambe droite et des traînées jaunâtres à la paume des mains et à la plante des pieds. Ce fait prouve qu'il n'y a pas toujours entre la présence du sucre dans les urines et le xanthélasma un rapport direct de cause à effet.

J. N.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance de janvier 1899.

M. Chavane présente un placenta qui fut expulsé dans des conditions absolument normales, et sur la face utérine duquel on pouvait observé un cotylédon relié à la masse placentaire générale par un pédicule très mince. L'intérêt de cette disposition réside dans ce fait que la rétention de ce cotylédon dans la cavité utérine n'aurait pu être soupçonné par l'examen seul de l'arrière-faix.

Note sur l'anatomie de la dégénérescence kystique congénitale des reins et du foie.

M. Bar. — L'auteur pense que l'évolution de la dégénérescence kystique des reins doit être divisée en trois stades. Dans une première phase, on observe la formation de tissu mucoïde très œdémateux sans trace de tissu fibreux. Dans une période plus avancée dans laquelle la lésion est définitivement constituée, on trouve une grand quantité de tissu fibreux autour des canalicules. Le tissu de sclérose fait absolument défaut autour des vaisseaux et la lésion est exclusivement péri-canaliculaire. En dehors de cette phase ultime, on peut observer un stade intermédiaire, dans lequel la lésion s'organise. Dans ces cas, une couche très mince de tissu fibreux enveloppe les canalicules. Il s'agit donc ici d'une néphrite péri-kystique absolument différente de la néphrite interstitielle classique où le processus scléreux domine autour du système artériel. L'auteur s'appuie, pour émettre cette théorie, des pièces anatomiques provenant de trois fœtus ayant succombé avec de la dégénérescence kystique des reins et issus d'une même femme. Chez chacun d'eux, la lésion était à un stade différent et l'analyse de ces lésions permit de reconstituer l'évolution du processus.

Un fœtus extra-membraneux.

M. Maygrier. — Les observations dans lesquelles le fœtus a continué de vivre en dehors de l'œuf sont extrêmement rares. Deux faits ont été publiés jusqu'à présent ; ce sont ceux de Tarnier et de M. Bar. Dans l'observation rapportée par l'auteur il s'agissait d'une parturiente chez laquelle la poche des eaux se rompit au sixième mois. Elle accoucha à terme d'un enfant qui se présentait par le siège et succomba pendant le travail. L'examen de l'arrière-faix était tout à fait démonstratif. Le placenta était très volumineux ; les membranes très fortes insérées à 3 centimètres du bord du placenta limitaient une cavité très petite, absolument insuffisante pour contenir un fœtus à terme.

Le foie des éclamptiques.

MM. Bar et Guieysse. — On admet habituellement depuis les travaux de Bouffe de Saint-Blaise, Pilliet, que la principale lésion du foie chez les éclamptiques est constituée par l'hémorragie et la production de nombreux foyers sanguins. En dehors de cette lésion capitale, il faut faire une place importante aux dégénérescences cellulaires. Ces lésions ont été observées six fois sur vingt-trois cas. Une fois seulement les altérations cellulaires étaient très avancées. En général, le processus de dégénérescence atteint les cellules peu profondément, mais s'étend à tout le foie en gros. La diffusion de ces altérations cellulaires constituerait pour l'auteur un élément de gravité de cette hépatite, qui pourrait expliquer en partie la soudaineté des accidents de l'éclampsie.

Deux cas de grossesse extra-utérine (variété abdominale). Opération et guérison.

M. Boissard. — La première malade est âgée de 29 ans et ne présentait aucun antécédent pathologique particulier. Pendant sa grossesse qui remontait à cinq mois, elle avait eu des douleurs continues au niveau de l'abdomen et des reins, et avait expulsé des débris membraneux pouvant faire croire à un avortement. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine n'avait présenté aucune difficulté. Par le palper combiné au toucher on avait pu délimiter une masse pâteuse, mollasse, douloureuse à la pression, à la partie supérieure de laquelle on avait senti une partie fœtale ballottante. Le globe utérin occupait le côté opposé, c'est-à-dire le côté gauche, et était

nettement indépendant de la tuméfaction. Les bruits du cœur fœtal et les mouvements actifs avaient été perçus. L'opération fut pratiquée le 25 octobre, c'est-à-dire quinze jours après l'entrée de la malade dans le service. La paroi abdominale étant incisée, le kyste fœtal fut ouvert, puis réséqué en grande partie et marsupialisé. L'enfant né vivant pesait 550 grammes; il succomba quelques minutes après la naissance. On pratiqua un drainage de la poche. Les débris placentaires s'éliminèrent seulement à partir du dix-huitième jour. La malade sortit de l'hôpital le quatre-vingt-septième jour entièrement guérie. La deuxième malade est une primipare de 35 ans. On observa pendant sa grossesse un certain nombre de symptômes observés chez la premiere, entre autres : l'expulsion de la caduque, les douleurs abdominales ; mais les signes de grossesse extra-utérine furent moins nets pour établir le diagnostic, qu'on dut confirmer par le cathétérisme utérin. Par le palper, on sentait des parties fœtales extrêmement superficielles; l'auscultation resta négative. A l'ouverture du kyste fœtal, on put extraire un fœtus macéré de 1.850 grammes. Une grande partie de la poche fut réséquée et le kyste fut marsupialisé. A cause d'une légère ascension thermique et l'odeur des détritus placentaires éliminés, on fit une tentative de délivrance. Une hémorragie abondante eut lieu qui fut arrêtée par le tamponnement de la cavité. Le vingt-cinquième jour, le placenta se décolla spontanément et put être extrait.

Dégénérescence kystique congénitale des reins.

MM. Brindeau et Macé. — Nous avons observé dans le service de M. Budin trois cas de reins kystiques chez le nouveau-né. Ces cas ne sont pas absolument semblables au point de vue microscopique. Dans les deux premiers il n'y avait pour ainsi dire pas de tissu conjonctif. Les kystes étaient constitués par des tubes dilatés revêtus par une seule couche de cellules cubiques. Dans la troisième observation, au contraire il existe de la sclérose péri-kystique qui est très prononcé au niveau de certains kystes. L'épithélium de ce dernier cas présente également quelques particularités intéressantes. A côté de kystes revêtus de l'épithélium cubique comparable au précédent on trouve d'autres cavités contenant des cellules volumineuses, cylindriques un peu irrégulières à plusieurs couches ressemblant beaucoup à certaines cellules d'épithelium. Quelle est la pathogénie de ces kystes? Il paraît certain que l'ancienne théorie qui faisait dériver ces kystes d'une néphrite interstitielle congénitale est fausse car dans nos deux premiers cas on ne trouve nulle part de tissu scléreux. Il faut donc admettre avec Sabourin, Le Jars, Brault, etc., l'origine épithéliale de ces productions. S'agit-il d'une dégénérescence cellulaire ou d'une néoplasie plus ou moins active, e'est ce que nous ne sommes pas en mesure d'affirmer. Disons en terminant que le foie d'un de ces enfants était atteint d'une dégénérescence comparable à celle des reins. Les canalicules biliaires étaient, en effet, très dilatés.

Endocardite infectieuse après un avortement. Embolie dans l'artère rénale.

MM. Brindeau et Chavane présentent les pièces anatomiques d'une femme morte au vingt-cinquième jour des suites de couches, et qui avait présenté des signes d'infection très grave. Le curettage digital et l'écouvillonnage de la cavité utérine avaient été pratiqués. Après avoir présenté des signes de pleurésie diaphragmatique elle succomba avec des phénomènes d'anurie. A l'autopsie, le cœur présentait au niveau de la valvule mitrale des végétations abondantes. Au niveau de la rate et du rein des infarctus nombreux. L'examen bactériologique put déceler la présence du streptocoque au niveau des coupes de ces deux dernières organes. En résumé l'endocardite infectieuse avait été le point de départ d'embolie dans le rein et dans la rate, ce qui donne l'explication des phénomènes de pleurésie diaphagmatique et d'anurie observés pendant la vie. H. C.

Médecins décorés. — Sur la proposition de M. le Ministre des Affaires étrangères et à titre étranger sont décorés chevaliers de la Légion d'honneur : M. le Dr Goldschmidt, sujet allemand, et M. le Dr Tscherning, médecin oculiste, sujet danois.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — Traitement de la hernie étranglée par résection de la portion d'intestin gangréné. Emploi du bouton de Murphy; par le Dr Waring. (*Edinbourgh Medical Journal*, septembre 1897.)

I. — L'auteur rapporte deux cas de hernie crurale étranglée avec sphacèle, qu'il a traités par la résection et l'union des deux bouts au moyen du bouton de Murphy. L'état général de ses malades ne permettait pas de tenter une opération plus longue.

La première malade mourut de péritonite au quatrième jour. La seconde guérit. Chez elle l'auteur ne s'était pas contenté de réunir les deux bouts d'intestin au moyen du bouton ; il avait en outre fait autour du bouton une rangée de sutures de Lembert. Le bouton fut éliminé au dixième jour.

Pour traiter l'étranglement herniaire avec gangrène, deux opérations sont en présence : l'anus contre nature, qui donne une mortalité de 80 0/0, et la résection de l'intestin, dont les résultats sont meilleurs, sa mortalité étant de 47 0/0.

Murphy a rapporté en 1895 une série de 12 cas traités par son procédé, avec une seule mort.

Il faut avoir soin de sectionner l'intestin en tissu sain au delà des limites de la portion gangrenée. Les deux bouts sectionnés sont saisis par deux pinces dont les mors sont entourés de caoutchouc. Murphy conseille de réséquer un fragment en V du mésentère adhérent à la portion d'intestin enlevée. L'auteur pense avec Kocher qu'il vaut mieux laisser le mésentère, s'il est sain.

Un des graves inconvénients du bouton de Murphy, c'est son petit calibre, qui rend dangereuse l'ingestion de corps indigestes (noyaux) capables d'en oblitérer la lumière.

L'auteur cite le cas d'une femme opérée pour tumeur intestinale; deux boutons furent appliqués ; elle mourut avec des accidents d'occlusion intestinale aiguë, dont rien n'indiquait la cause; on trouva à l'autopsie les deux boutons remplis par des pépins d'oranges que la malade avait mangées après l'opération.

L'auteur conseille l'emploi de tubes d'os décalcifié, que l'on conserve dans l'alcool jusqu'à leur emploi. Il est inutile de faire une rangée de sutures autour du tube anastomotique. C'est là le procédé le plus rapide de traiter la hernie étranglée.

P. Rellay.

II. — Cystorrhaphie primitive; nouveau procédé opératoire; par M. Thomas Jonnesco (de Bucarest).

II. — La suture immédiate de la vessie après la taille hypogastrique suivie d'extraction de calcul, de tumeur, est incontestablement une opération idéale, pourvu qu'elle réussisse. Or, pour cela, il faut que la suture immédiate ne se trouve pas contre-indiquée par l'état de la vessie et que le procédé employé puisse assurer une réunion par première intention des parois vésicales. M. Jonnesco ne voit comme contre-indication à la réunion immédiate de la vessie que : l'état d'altération profonde des parois vésicales et une grande surface saignante qui fait suite à l'extirpation de tumeur vésicale à large base d'implantation et dont l'hémostase est souvent incomplète. Un léger degré de cystite même avec urines purulentes ne me semble pas constituer une contre-indication, car il a obtenu dans des cas semblables des réunions par première intention parfaites. Seulement dans ces cas il suture la vessie et fait un drainage d'attente de la plaie abdominale pour me mettre à l'abri de toute surprise possible. Depuis un an il a recours à un nouveau procédé de suture imaginé dans son Institut par ses assistants Juvara et Balacesco, auquel ils ont donné le nom de cystorrhaphie par imbrication. Le voici : la taille vésicale est faite près du sommet de la vessie, après décollement probable de la vessie dans une certaine étendue, chose toujours facile. Sur une des lèvres de l'incision vésicale on pratique le décollement de la muqueuse et de la musculaire sur une étendue de 1/2 à 2 centimetres; le lambeau muqueux ainsi dédoublé est réséqué et les deux lèvres muqueuses de l'incision sont réunies par un surjet au catgut 0 ou 00. Le lambeau musculaire est appuyé par dessus la suture muqueuse et suturé à la vessie par trois

rangées de sutures : une en U, qui unit la racine du lambeau à la lèvre opérée de la plaie vésicale; un surjet unit le bord libre du lambeau à la paroi vésicale et une troisième suture fixe la partie muqueuse du lambeau à la paroi vésicale. Grâce à ce lambeau et à la triple suture, le parallélisme des plaies muqueuse et musculaire est aboli, ce qui empêche toute filtration d'urine et assure la réunion par première intention de la plaie. Employée nombre de fois sur les chiens et huit fois par l'auteur sur l'homme, cette suture lui a toujours donné des résultats merveilleux, alors même qu'il s'agissait de vessies infectées, et même dans deux cas sans avoir mis une sonde à demeure et en laissant les malades uriner spontaément.

N'ayant pas obtenu, tant s'en faut, des résultats semblables avec les autres procédés de cystorrhaphie, qu'il a toujours pratiqués, étant un partisan absolu de la réunion immédiate de la vessie, quand cela est possible, l'auteur n'hésite pas à reconnaitre avec toutes les louanges qu'il mérite, le nouveau procédé de cystorrhaphie par imbrication. P. CORNET.

III. — Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale; par J.-L. FAURE, chirurgien des hôpitaux de Paris.

III. — M. J.-L. Faure a publié, il y a un an, dans la *Presse médicale* du 19 novembre 1897, la description d'un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. Ce procédé consiste dans la *section médiane de l'utérus, du haut en bas, du fond vers le col*. Lorsqu'on est parvenu dans le vagin, et on y est fatalement conduit si l'on a soin de suivre la cavité utérine, l'utérus se trouve séparé en deux moitiés, à chacune desquelles sont fixées les annexes correspondantes. Chacune de ces moitiés est enlevée séparément, en même temps que ses annexes. Pour y parvenir, attirant en haut avec une pince le col hémisectionné, on coupe ses insertions vaginales, en se tenant aussi près que possible du tissu utérin. Il ne reste plus qu'à attirer vers le haut la moitié utérine ainsi séparée du vagin. Elle se décolle avec la plus grande facilité, et se renverse, entraînant avec elle les annexes qu'on sépare avec précaution des organes auxquels elles peuvent adhérer. Ce procédé, qui n'est applicable que lorsque le volume de l'utérus n'est pas trop considérable, trouve ses indications principales dans le cancer de l'utérus et surtout dans les suppurations annexielles. Dans le cancer, où l'auteur l'a employé trois fois, il présente le grand avantage de conduire facilement et sûrement dans le vagin, en général difficile à ouvrir par tous les autres procédés. Mais, par suite de la friabilité du col, il peut y avoir, dans l'isolement des parties malades et la dissection des uretères, des difficultés qui se retrouvent d'ailleurs, à un degré au moins égal, dans tous les autres procédés. Dans les suppurations annexielles, c'est un procédé excellent, et qui paraît supérieur à tous les procédés actuellement connus. L'auteur ne l'a employé que dans huit cas, mais sur ces huit cas, il en est au moins quatre qui étaient extrêmement compliqués. Or, la section médiane lui a permis de terminer si aisément des opérations qui, au premier abord, paraissaient presque impossibles, qu'il ne peut se défendre de considérer cette manœuvre comme un perfectionnement de grande importance. Ces huit cas ont d'ailleurs tous été suivis de guérison. Voici les raisons principales qui rendent ce procédé si facile : Et d'abord, il supprime pour ainsi dire les difficultés que l'on rencontre d'ordinaire dans la recherche et l'ouverture du vagin, lorsque les culs-de-sacs péritonéaux sont obstrués par les annexes et par des adhérences, qu'il faut d'abord détacher, au risque de déchirer des poches purulentes. La section médiane conduit, au contraire, dans le vagin par une voie toujours libre, à travers l'utérus lui-même. En suivant la cavité utérine, on arrive, en effet, nécessairement et pour ainsi dire fatalement dans le vagin : on ne peut pas arriver ailleurs. Dès que le vagin est ouvert, il est facile, en attirant vers le haut le col hémisectionné, de couper la portion du vagin qui s'insère sur lui, en l'attaquant par sa face muqueuse, au ras même de l'utérus, sans risquer de s'égarer loin du tissu utérin. vers l'uretère. On attaque en un mot les insertions vaginales de dedans en dehors, tandis que les autres procédés on est obligé, au moins sur une certaine étendue, d'attaquer ces insertions de dehors en dedans, ce qui ne permet pas d'une façon aussi certaine de localiser l'action des ciseaux à la tranche vaginale seule.

Enfin, après la désinsertion vaginale, il est très facile de renverser vers le haut la moitié utérine ainsi libérée de ses attaches inférieures. Si les annexes correspondantes adhèrent peu aux organes voisins, elles sont emportées avec cette moitié utérine sans aucune difficulté, en quelques secondes à peine, ne tenant plus aux parois du bassin que par le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens qu'on tranche d'un coup de ciseaux.

Si les adhérences des annexes malades aux parties voisines sont au contraire très intimes, la désinsertion vaginale et le renversement de l'utérus rendent leur extirpation beaucoup plus facile que dans les autres procédés, parce qu'on peut attaquer les annexes par-dessous, de bas en haut, grâce à l'espace laissé libre par le renversement de l'utérus et qui permet de plonger la main dans le fond du petit bassin.

En résumé, ce procédé présente sur tous les autres des avantages marqués dans tous les temps de l'opération : recherche et ouverture du vagin ; section des insertions vaginales du col ; libération et extirpation des annexes. Il est d'ailleurs un fait qui, mieux que tous les raisonnements, montre les avantages de mon procédé, c'est que, pour peu qu'on se trouve en présence de suppurations annexielles un peu compliquées, il est beaucoup plus facile d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules.

L'auteur insiste encore, en terminant, sur la surprenante facilité de ce procédé. Il lui est arrivé dans des cas très compliqués, et qui, au premier abord, paraissaient presque impossibles à mener à bien, de pouvoir, une fois le fond de l'utérus reconnu, enlever l'utérus et les annexes en quelques minutes à peine. Dans un cas où d'ailleurs l'utérus n'était pas malade, mais où il a été obligé de pratiquer l'hystérectomie pour drainer un petit bassin rempli de kystes hydatiques, il lui est même arrivé d'enlever l'utérus et les annexes en une minute et demie. Il ne croit pas que jamais hystérectomie abdominale totale ait été faite aussi rapidement. Il sait bien que quelques minutes de plus ou de moins n'ont aucune importance, et s'il cite ce chiffre extraordinaire, c'est parce qu'il permet d'affirmer qu'un procédé par lequel on peut enlever un utérus avec cette rapidité est un bon procédé. LONGUET.

IV. — Traitement des abcès du poumon; par HALSTEAD. (*Medicine*, juillet 1898.)

IV. — L'auteur, après avoir passé en revue les principales causes d'infection capables d'engendrer l'abcès aigu du poumon ou la gangrène pulmonaire, pose en principe que le traitement chirurgical est le seul qui donne au malade des chances de guérison. Il convient d'opérer de bonne heure et de faire d'emblée la pneumotomie. La ponction, avec ou sans aspiration, ne sert à rien, elle n'est pas sans danger, car elle risque d'infecter la plèvre en y introduisant du pus. L'auteur décrit alors la technique opératoire. Après résection d'une ou plusieurs côtes, on passe à la recherche de l'abcès. Il est très important, avant d'aller plus loin, de s'assurer s'il y a ou non des adhérences pleurales, la conduite diffère en effet dans les deux cas. S'il n'existe pas d'adhérences, il faut par un artifice en amener la production; plusieurs moyens ont été proposés. Quincke provoque une pleurésie fibrineuse en appliquant du chlorure de zinc sur le feuillet pariétal; au bout de cinq ou six jours, quand les adhérences sont assez résistantes, il poursuit l'opération. Roux réunit l'une à l'autre les deux surfaces pleurales en les suturant autour de la zone d'induration, qui correspond à l'abcès, et il termine l'opération de suite. D'autres chirurgiens suturent de même, mais attendent quelques jours pour continuer. L'auteur, après de nombreuses expériences sur les chiens, reconnaît avec Quénu qu'il est très difficile de suturer le feuillet pariétal au feuillet viscéral sans ouvrir la plèvre ; de plus, cette suture ne donne pas de solides adhérences, en l'absence d'infection.

Voici ce que conseille l'auteur : faire sur le feuillet pariétal un petit orifice permettant le passage d'un doigt, de façon que ce doigt en y pénétrant empêche l'invasion brusque d'une grande quantité d'air; le doigt, ainsi introduit, va explorer la surface du poumon et rechercher la lésion; la région, où siège

le mal, est alors attirée vers la plaie et fixée au feuillet pariétal par des points de suture. Si l'on trouvait la lésion assez distante de l'incision, il ne faudrait pas hésiter à établir une seconde incision vis-à-vis d'elle et à fermer la première. On attend deux ou trois jours et on peut alors évacuer l'abcès en sécurité. Il est des cas où la gravité des accidents commande d'inciser l'abcès sans plus attendre. Quand il existe déjà de solides adhérences, ce qui est heureusement la règle, le pneumotomie offre beaucoup moins de danger. Une ponction permet de localiser l'abcès, que l'on ouvre au bistouri ou au thermocautère. Le bistouri convient aux vieux abcès à paroi épaisse et sclérosée. La poche vidée, on y place un gros drain. Il est dangereux de faire le curettage de la poche.

Les résultats de la pneumotomie dans les cas d'obcès aigu et de gangrène sont très encourageants. Malheureusement les lésions sont souvent multiples ou bilatérales. P. Rellay.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr KERAVAL.

I. — **L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale** ; par Bernheim. (Paris, in-8, 1897, O. Doin, édit.)

I. — La suggestibilité, dit l'auteur, est une propriété physiologique du cerveau humain ; c'est la tendance du cerveau à réaliser toute idée acceptée par lui. Toute idée acceptée est une suggestion. L'hypnotisme est la mise en activité de la suggestibilité avec ou sans sommeil. — La suggestion peut faire réaliser à quelques personnes des actes criminels, soit par impulsion instinctive, soit par hallucination, soit par perversion du sens moral. Elle ne peut détruire un sens moral robuste, ni le créer quand il est absent ; elle peut développer les germes bons ou mauvais existants.

Un viol peut être commis par suggestion sur une femme, soit dans un sommeil hystérique d'origine émotive consécutif aux manœuvres hypnotiques, soit par perversion instinctive et excitation sensuelle, en condition seconde, soit par insensibilité psychique suggérée au sujet.

La suggestion, c'est-à-dire l'idée s'imposant au cerveau, d'où qu'elle vienne, joue un rôle dans presque tous les crimes. La faiblesse congénitale du sens moral et une grande suggestibilité facilitent les suggestions criminelles. Un acte délictueux ou criminel peut être commis dans un état de condition seconde ou vie somnambulique d'origine hétéro ou auto-suggestive. Un faux témoignage peut être fait de bonne foi par auto-suggestion donnant lieu à des souvenirs fictifs.

Le libre arbitre absolu n'existe pas. La responsabilité morale est le plus souvent impossible à apprécier. La société n'a qu'un droit de défense et de prophylaxie sociales. L'éducation doit intervenir pour neutraliser les germes vicieux et opposer aux impulsions natives un contrepoids de suggestions coercitives.

II. — **L'éducation rationnelle de la volonté. Son emploi thérapeutique** ; par P.-E. Lévy. (Paris, in-8, 1898, F. Alcan, éditeur.)

II. — La première partie de ce travail établit la nécessité d'une *médecine psychique*, justifiée par ceci que toute idée est un acte à l'état naissant. Etude théorique de l'auto-suggestion, du recueillement, de l'hétéro-suggestion. Le *gnôti seauton* y est appliqué et sert de base à la notion que nous pouvons être ce que nous devons nous efforcer d'être (hygiène morale). M. Lévy trace de cela un plan idéal. Vouloir, dit-il, c'est, par la réflexion (qui n'est qu'une forme de l'attention), rendre pleinement conscients les divers éléments du conflit qui se déroule en nous, les juger complètement, froidement, en spectateur impartial ; nous mettre ainsi dans les conditions les plus favorables pour arrêter *sainement notre détermination*, puis, une fois ce jugement porté, *donner à la résolution prise, par l'attention accumulée sur elle, assez de force pour qu'elle s'impose dans l'esprit et se réalise en fait*. Apprendre à vouloir, c'est donc apprendre à discipliner l'attention, à mettre l'attention au service de l'intelligence ; c'est apprendre à manier l'auto-suggestion et la suggestion des autres sur soi. L'auteur croit à la nécessité d'une doctrine morale et d'une religion.

La seconde partie de l'ouvrage comporte des applications pratiques appuyées sur des observations relatives à des auto-suggestions voulues, à l'aide desquelles on réussit à modifier ses idées, ses habitudes, ses défauts, son sommeil et différents troubles nerveux et matériels.

III. — **Névroses et idées fixes**, T. I ; par P. Janet. (Paris, in-8, 1898, F. Alcan, édit.).

III. — Réunion très heureuse des travaux du laboratoire de psychologie de la clinique de la Salpêtrière.

Ce premier volume associe des mémoires déjà publiés par M. Janet. Ils concernent des études expérimentales relatives, c'est l'auteur qui parle, « non pas uniquement à des idées obsédantes d'ordre intellectuel, mais à des états émotifs persistants, à des états de la personnalité qui restent *immuables*, en un mot à des états psychologiques qui, une fois constitués, *persistent indéfiniment* et ne se modifient plus suffisamment pour s'adapter aux conditions variables du milieu environnant ». Tel est ce que M. Janet appelle l'idée fixe dans un sens fort large. Ce sont des études particulières sur un certain nombre de malades individuellement analysés, et, quand cela est possible, rapprochés d'autres sujets analogues. La plupart de ces malades étaient *hystériques*.

A l'exemple de l'auteur nous les diviserons en trois groupes :

1° Le premier groupe comprend les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, et les méthodes qui permettent de les étudier. Soit : les trois premiers chapitres. Qu'on médite l'histoire de l'aboulique dégénérée (ch. 1), la mesure de l'attention et la graphique des temps de réaction (ch. 2), ou l'amnésie continue (ch. 3), on en tire autant de profit.

2° Le second groupe a trait à l'analyse de quelques idées fixes considérées en elles-mêmes, à leurs caractères, aux lois de leur développement. L'histoire d'une idée fixe (ch. 4) est bien connue de ceux qui suivent ces recherches puisqu'elle a déjà paru ; il en est de même des idées fixes de forme hystérique du ch. 5.

3° Troisième groupe. Observations sur quelques accidents plus particuliers, sur des troubles spéciaux de la sensibilité, du mouvement, des fonctions physiologiques, qui semblent se rattacher à telle ou telle idée fixe.

Il s'agit ici de l'allochirie (ch. 6), d'un cas d'hémianopsie hystérique (ch. 7), de contractures, paralysies spasmodiques des muscles du tronc chez les hystériques (ch. 8), de l'insomnie par idée fixe subconsciente (ch. 9).

Une deuxième partie traite de quelques procédés de traitement heureux en quelques cas. Citons : (ch. 10) Cas de possession et exorcisme moderne ; (ch. 11) divination par les miroirs et hallucinations subconscientes ; (ch. 12) influence somnambulique et besoin de direction.

Enfin, en manière d'appendice, nous lisons une observation d'anesthésie chirurgicale par suggestion (ch. 13).

IV. — **Psychologie de l'instinct sexuel** ; par J. Roux. (Paris, in-16, 1898, J.-B. Baillière, édit.)

IV. — Explication mécanique de l'instinct sexuel et des phénomènes psychologiques correspondants.

I. *Base organique du besoin sexuel.* — Dans le besoin sexuel, d'après M. Roux, il y a autre chose qu'un organe qui demande à fonctionner, que des vésicules séminales qui veulent être vidées. Le besoin sexuel a tous les caractères d'un besoin général de tout l'organisme. Les sensations génitales ne paraissent guère intervenir que pour montrer la voie normale, indiquer le but à atteindre, faire désirer la satisfaction attendue. De même que l'appétit est distinct de la sensation de la faim, de même l'appétit sexuel est distinct de la faim sexuelle.

La faim sexuelle est la sensation vague de la jeune fille. L'appétit sexuel est le désir de la satisfaction génitale. L'appétit nutritif est satisfait par la replétion de l'estomac, quelle que soit la valeur nutritive des aliments ingérés ; l'appétit sexuel est satisfait par le rapprochement sexuel, quel qu'en soit l'objet.

La faim véritable ne disparaît que lorsque l'appauvrissement du milieu nutritif est corrigé par des aliments appropriés; de même, la faim sexuelle n'est satisfaite que de l'union de deux êtres qui se sont choisis en vertu d'affinités mystérieuses. De la faim sexuelle dérive l'amour; l'appétit sexuel ne peut engendrer que le désir. Cependant l'aboutissant à peu près fatal est toujours le rapprochement des sexes. Psychologie comparée des protozoaires.

L'excitant causal du besoin sexuel est analogue à l'excitant causal du besoin nutritif; mais on en ignore le changement physico-chimique causal, bien qu'il y ait lieu de supposer que le besoin sexuel est une des faces, une modalité du besoin nutritif. Celui-ci, comme on sait, résulte d'une excitation des extrémités nerveuses produite par l'appauvrissement en matériaux nutritifs. Eh bien! l'appareil génital n'est pas le dépositaire exclusif de la fonction sexuelle; tous les tissus interviennent dans la succession des phénomènes dont la fécondation est le but essentiel.

II. *Besoin sexuel organique.* — L'instinct sexuel a son origine dans une impression nerveuse périphérique, au niveau de tous nos éléments anatomiques. Cette impression nerveuse n'a pas de conducteurs spéciaux; elle suit les nerfs de la sensibilité générale (cœnesthésie). Nous ne savons absolument rien des réflexes inférieurs auxquels elle donne naissance. Peut-être agit-elle, par voie réflexe, sur les organes génitaux dont elle active fonctions, développement, maturation, érection. Au cerveau, elle arrive en un point quelconque de l'écorce, suivant la sensation qui l'a causée; elle en repart suivant la manifestation extérieure de l'amour. Il n'y a pas de centres corticaux sexuels, il n'y a que des réflexes corticaux.

L'impression nerveuse aboutit au grand territoire cortical circumrolandique de Flechsig, et là, elle détermine un phénomène interne, et une série d'associations intracorticales. Le phénomène interne est la sensation consciente, trouble obscur dont le sujet ne devine ni la cause, ni l'objet, et qui ne s'accompagne d'aucune représentation intellectuelle. Plus tard, par suite des autres sensations auxquelles cet état affectif s'est associé, il éveille des représentations intellectuelles, et le sujet sait la nature du trouble qu'il éprouve. Ainsi s'associent avec le besoin génésique d'autres sensations qui, plus tard, deviendront *la matière de la vie représentative sexuelle.* Le besoin sexuel s'associe avec des sensations génitales (faim et appétit sexuels) — des sensations olfactives — des sensations visuelles — des sensations tactiles — des sensations gustatives.

III. *Amour physique. Choix. Théorie évolutive de l'amour.* — Comment se fait le choix? Comment le besoin sexuel se systématise-t-il sur un objet? Bientôt se rencontre une femme d'où émanent précisément toutes les excitations auxquelles est sensible le sujet: son besoin sexuel acquiert une intensité qu'il ne connaissait pas encore et... « tout se termine comme chez le gryllo talpa ou l'infusoire », par l'accouplement. Le choix est partout, dans la vie sexuelle, fonction de la conformation physico-chimique des individus en présence. Et ce qui guide, c'est toujours, quoique d'une façon inconsciente, l'intérêt de l'espèce, dans le milieu où l'on vit. Les exceptions ne sont qu'apparentes.

IV. *Les formes supérieures de l'amour.* — Chez l'homme l'attrait physique n'est pas exclusif dans son influence sur notre choix. Chez le sujet amoureux, il y a des sentiments, des émotions qui peuvent s'allier au besoin sexuel, l'exciter ou le remplacer. Tels : l'affection, l'admiration, l'amour de l'approbation et l'estime de soi, le plaisir de la conquête. Dans l'objet de l'amour, il y a des qualités du cœur ou de l'esprit susceptibles de déterminer ces sentiments, ces émotions, chez le sujet amoureux. Mécanisme de la pudeur du vêtement, de la pudeur des actes.

V. *Evolution de l'amour.* — Le besoin sexuel organique, additionné de sentiments divers, entraîne la cristallisation, le choix, la systématisation et enfin l'amour. En d'autres termes il se produit successivement : un besoin vague, une cristallisation, une systématisation sur un objet déterminé, un choix. Rarement l'amour est un coup de foudre. Etude correspondante de la fidélité, de l'infidélité, de la mort de l'amour. Schémas.

V. — Methodologische Beitræge zu psycho-physischen Messungen; par A. Wreschner. (Leipzig, in-8, 1898, J.-A. Barth, édit.).

V. — Grande variété d'expériences relatives au *soulèvement méthodique des poids*, très nettement déterminées par l'expérimentateur. Explications scientifiques décomposées et tableaux graphiques. En d'autres termes, études du sens musculaire, du sens d'appréciation de la lourdeur du poids et de ses facultés différentielles, intégrales, relatives et absolues.

Le chapitre premier traite du *Mode de l'expérience* (figure). Le bras appuyé sur le coude, tire par le poignet entouré d'un manchon, sur des poids attachés à une poulie et disposés sur un plateau de balance. Ces poids sont des rectangles de plomb ou de zinc. En les soulevant, l'avant-bras tourne d'un angle de 20° autour du coude, et se rapproche ainsi du bras. Au repos bras et avant-bras forment un angle à peu près droit. Chaque soulèvement et chaque abaissement durent une seconde; entre chacun des soulèvements, appartenant à une même expérience, s'écoulent trois secondes. Entre chacune des expériences constituant une série d'essais, dix secondes. Les yeux sont fermés. L'individu en expérience, avant de commencer une série d'essais, se rend compte, au gré du sort, de la série des poids normaux ou principaux pris pour types. Ce sont : les poids de : 200, 400, 600, 900, 1.200, 1.600, 2.000, 2.500, 3.500, 4.000, 5.000, 6.000, 7.000, 8.000 grammes. Quand il les a bien soupesés, on les lui fait soulever dans les conditions détaillées plus haut. Ses jugements sont alors classés. Ou bien il énonce un chiffre qui se rapproche de celui du poids qui lui est soumis; c'est ce qu'on appelle un jugement égal — ou bien le chiffre qu'il énonce est plus élevé, son jugement est dit plus grand — ou enfin le chiffre qu'il donne est plus petit, son jugement est dit plus petit. Tantôt on ne lui demande qu'un seul jugement : jugement unique. Tantôt on lui demande une série d'appréciations dont l'expérimentateur déduit ce qu'il appelle un jugement principal, et un jugement d'ensemble, c'est-à-dire une moyenne de... et un chiffre principal de...

Exemple; prenez le poids normal de 200 grammes. Un sujet formulera un jugement unique de 206, de 153, ou de 252 gr. On dira dans le premier cas qu'il a émis un jugement unique égal de 206 grammes; dans le second cas, qu'il a émis un jugement unique plus petit de 153 grammes; dans le troisième cas, qu'il a émis un jugement unique plus grand de 252 gr. Lui demande-t-on de soulever plusieurs fois le poids et de donner chaque fois son opinion, de cette série d'opinions l'expérimentateur tirera une moyenne désignée sous le nom de jugement d'ensemble. On aura par exemple un jugement d'ensemble de 209 (égalité) — de 152 (infériorité) — de 253 (supériorité). Le jugement principal (sans hésitation) du même sujet peut être respectivement de 204, 142, 252 dans une ou plusieurs séries d'expériences. On groupera, dans les mêmes conditions, les expériences demandées à plusieurs individus sur le même poids. On agira de même pour les autres poids.

Le second chapitre analyse *les relations mutuelles des trois espèces de jugements* : égal — plus petit — plus grand. M. Wreschner considère que ces termes sont justifiés et légitimes, qu'ils désignent bien des espèces de jugements exactement caractérisés, qu'il convient de les distinguer des termes : beaucoup plus petit, beaucoup plus grand (voir le mémoire). Il fait remarquer que la sûreté du jugement est surtout grande pour l'appréciation qualifiée de plus petite (que le poids normal); c'est en ce cas aussi que le sujet jouit d'une sensibilité différentielle plus nette.

Chapitre III. *Erreur de temps* ou modification du jugement différenciateur produite par la suite des temps dans laquelle agissent les excitants comparés. Etude de la sensibilité différenciatrice, de la netteté des images commémoratives, de l'exercice, de la fatigue dans ces conditions.

Après un chapitre entièrement consacré à *l'exercice* (ch. IV), c'est une analyse de la *lourdeur des poids fondamentaux* ainsi classés : 1° Poids normaux légers : 200, 400, 600, 900, 1.200 grammes ; 2° Poids normaux moyens : 1.600, 2.000, 2.500, 3.000, 3.500 grammes; 3° Poids normaux lourds : 4.000, 5.000, 6.000, 7.000, 8.000 grammes. Quelle est l'influence exercée sur la sûreté du jugement par ces trois catégories de poids? Nous renvoyons le lecteur au texte.

VI. — Festschrift zu Nietleben bei Halle. (Leipzig, in-8, 1897, F. C.-W. Vogel, édit.).

VI. — C'est une adresse solennelle écrite à l'occasion du cinquantenaire de la fondation de l'Asile des Aliénés provincial de Nietleben près Halle, constituée par les travaux des médecins qui sont ou ont été à l'établissement. On y trouve la vie de Damerow (H.) avec sa photographie par O. Muller (1861) : Damerow est le fondateur de l'Asile; — le rapport de Damerow sur l'Asile de Siegburg (août et septembre 1830) par H. Lœhr (1848-1852); — la folie des persécutés persécuteurs processifs, par Ed. Hitzig. (1879-1885) — les délits contre la morale et la folie par E. Siemerling (1882-1883) — l'épilepsie réflexe, par Ad. Seeligmüller (1862 et 1864-1865) — les troubles psychiques consécutifs à la pendaison, par R. Wollenberg (1881-1888) — la paralysie psychique et la pseudoparalysie générale urémique, par L. Bruns (1884-1885) — l'herpès zoster dans le territoire du grand nerf palatin, par G. Peters (1881-1882) — l'épilepsie par sevrage de la morphine, par C. Heimann (1881-1882) — le leptus autommalis, par P. Brandis (1889-1890, et 1894-1897) — la folie systématisée chronique chez les épileptiques par A. Buchholz (1886-1887 et 1890-1894) — la folie périodique avec exacerbation de psoriasis pendant les périodes d'agitation, par S. Fries (directeur depuis 1883).

Préface du Dr Fries, directeur actuel.

VII. — Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins; par GUÉLOU. (Bordeaux, in-8, 1897, Imprimerie du Midi.)

VII. — Toutes les affections des reins sont susceptibles d'occasionner la folie. Elles agissent par auto-intoxication, c'est-à-dire par urémie. Celle-ci peut causer la plupart des formes mentales connues. Elle agit tantôt seule, tantôt, le plus souvent, de concert avec quelques causes morales sur un terrain préparé par la prédisposition héréditaire. Les excès alcooliques viennent parfois combiner leur action avec celle de l'urémie pour provoquer l'explosion de l'aliénation mentale : on en peut dire autant des autres intoxications et de certaines infections comme le paludisme.

Les signes par lesquels se révèle plus spécialement l'urémie délirante sont : la stupeur avec hébétude ou confusion mentale et hallucinations. L'hébétude s'accompagne souvent de phénomènes cataleptoïdes quelquefois extatiques. Dans le cours d'une folie chronique, l'urémie intercurrente se manifeste par des symptômes psychiques indépendants tels que l'hébétude et la stupeur déjà signalés, ou même une démence qui devient définitive.

VIII. — Les alcooliques persécutés; par P. COLOLIAN. (Paris, in-8, 1898, Ollier-Henry, édit.).

VIII. — Le délire de persécution d'origine alcoolique est une variété clinique spéciale, qui présente un complexus symptomatique assez particulier pour qu'il y ait lieu de le différencier du délire alcoolique proprement dit et des délires de persécution systématisés.

Ce délire s'observe chez deux catégories d'individus : les dégénérés héréditaires et les non héréditaires (alcooliques chroniques).

Chez les dégénérés, c'est la prédisposition héréditaire qui est la cause originelle du délire. Il existe un terrain morbide que l'alcool cultive volontiers, et à la faveur duquel apparaissent des idées de persécution. Avant les habitudes alcooliques on trouve déjà, chez ces malades, une déséquilibration mentale que l'alcoolisme accentue dans une large part.

Chez les sujets paraissant indemnes de toute hérédité, l'alcoolisme à lui seul produit lentement et progressivement une prédisposition qui les place dans les mêmes conditions d'infériorité et de vulnérabilité psychique que les héréditaires. Parfois, l'intoxication alcoolique ne fait que révéler une prédisposition latente masquée par des conditions biologiques normales (Joffroy). Mais l'alcoolique chronique peut avoir, à la suite d'un accès subaigu, des idées de persécution, et plus tard, même du délire systématisé (Magnan).

Au point de vue clinique : a) chez les dégénérés héréditaires, ce sont les troubles psychiques qui ouvrent la scène. Les symptômes somatiques d'alcoolisme n'arrivent qu'en second lieu. Ainsi, on observe : d'abord, un changement de caractère, quelques idées de jalousie, des idées de persécution ; et puis, seulement des signes physiques d'alcoolisme ; b) chez les alcooliques chroniques, c'est le contraire qui se produit. Au début, et pendant des années, on constate des symptômes somatiques d'alcoolisme chonique (pituites, pyrosis, anorexie, crampes, etc.), et, à la longue seulement, apparaissent, d'une manière insidieuse, des troubles mentaux (changement de caractères, idées de persécution, etc.).

Mais, dans l'un et l'autre cas, quand le délire est constitué, la symptomatologie ne présente que des différences peu sensibles. Chez ces deux catégories de malades, on rencontre des idées morbides de jalousie, de persécution, des hallucinations multiples, des troubles de la sensibilité générale, etc. — Parmi les hallucinations, celles de l'ouïe prédominent dans le délire des persécutions alcoolique. — Les idées de persécution du début, avec les abus d'alcool, se systématisent aussi bien chez les dégénérés héréditaires que chez les alcooliques chroniques sans prédisposition apparente. — Le délire de persécution alcoolique se termine en général par la démence.

Ces malades (les dégénérés beaucoup plus) sont enclins à l'homicide; se venger, pour eux, est un acte légitime. Ils agissent souvent sous l'empire d'une hallucination; d'autres fois, ils sont dirigés par l'idée de persécution seulement, sans hallucination (comme les persécutés persécuteurs); parfois ils frappent après une attaque ou un vertige.

Le délire de persécution alcoolique ne doit pas être confondu avec le délire alcoolique proprement dit, avec les délires de persécution systématisés (délirants chroniques, dégénérés, etc). Dans les cas difficiles, le diagnostic sera porté d'après les renseignements de la famille sur les antécédents du malade ; en cas contraire, d'après l'évolution de la maladie.

Le pronostic est en général défavorable, étant donné que ces malades, les héréditaires par leur penchant morbide, et les alcooliques chroniques par l'affaiblissement de leur volonté, reviennent le plus souvent à leur faute, et récidivent. A chaque rechute, les idées de persécution réapparaissent de plus en plus actives et systématisées.

Le traitement doit être hygiénique. Il faut interdire aux malades toutes boissons alcooliques et fermentées et entreprendre le traitement psychique. P. KÉRAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de travaux pratiques de micrographie médicale *à l'usage des étudiants en pharmacie*; par le Dr G LASSERRE, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.)

Cet ouvrage est un *vade-mecum* destiné aux étudiants qui veulent s'initier aux travaux de micrographie ; il est constitué par un certain nombre de planches reproduisant par la phototypie les clichés obtenus directement par la photomicrographie. Chaque planche est accompagnée d'une description aussi sommaire que possible. Après avoir étudié rapidement la morphologie et l'histologie végétales, l'auteur passe en revue un certain nombre de types *de racines, de tiges*, [illegible] *de feuilles, de fleurs, de fruits et de graines* appartenant toutes à des espèces médicinales; la description des sédiments urinaires que l'on rencontre le plus fréquemment, fait l'objet d'un chapitre spécial.

Les dernières pages de l'ouvrage sont consacrées à l'étude des principaux réactifs microchimiques et colorants. Cet ouvrage sera certainement très utile aux étudiants P. YVON.

Les fonctions du pancréas; par le Pr HÉDON.

Le Pr Hédon [illegible] Montpellier dont les nombreux travaux sont justement connus et appréciés, vient de doter la physiologie d'un nouveau travail, d'une valeur scientifique incontestable. Ce volume, en effet, traite des fonctions du pancréas. Après les nombreuses publications des expérimentateurs de tous les pays, cette question de la sécrétion interne du pancréas demeure de plus en plus complexe ; l'auteur de ce volume a

réussi, au contraire, par une sage critique des travaux antérieurs et par l'exposé méthodique de ses belles expériences, à bien définir le rôle de la glande pancréatique dans le diabète maigre. Nous ne saurions trop féliciter l'auteur de la bonne foi et de l'impartialité avec lesquelles il a critiqué les expérimentations de ses prédécesseurs et la précision rigoureusement scientifique avec laquelle il a conduit les siennes. Enfin dans ce volume nous trouvons l'exposé des travaux de quelques élèves du laboratoire du Pr Hédon.

Ce sont les expériences très concluantes du préparateur Azémar sur l'acétonurie expérimentale, celles du Dr Ranville sur l'hémostase hépatique et enfin les travaux du professeur agrégé Delezenne, sur la question si controversée et si difficile de l'action des substances anticoagulantes.

Du myo-œdème comme signe diagnostic, pronostic et thérapeutique dans les affections entéro-hépatiques; par V. Cebrian. (*Siglo Medico*, n° 2919.)

L'auteur désigne ainsi un relief transversal par rapport à la direction d'un muscle et produit de préférence sur le biceps brachial en le comprimant légèrement latéralement entre le pouce et l'index. En abandonnant le muscle à lui-même on voit le relief ainsi obtenu se maintenir pendant un temps très appréciable pour disparaître de lui-même sans que le malade ait éprouvé aucune douleur. L'intensité du phénomène est proportionnelle à l'intensité et à l'acuité de la maladie générale; il n'existe pas à l'état normal et sa production indique l'urgence d'un traitement antiseptique actif. M. Cabrian s'est assuré de la localisation exclusivement musculaire de la tuméfaction et se demande s'il y a dystrophie ou altération des muscles mêmes ou si l'action des toxines entrave l'innervation et l'inhibition. F. Boissier.

Blessures de « Machete »; par E. Perez. (*Rev. de Medicina y Cirugia*, n°s 554, 555, 557, 558.)

La machete, sorte de couteau ressemblant à un sabre court, large et droit, est l'instrument national et le *vade mecum* de tous les Cubains, servant de faucille pour couper le safran et la canne à sucre, de hache pour abattre les branches, de tranche-lard pour la viande, il devient à toute occosion l'arme favorite pour vider les querelles, arme de parade qu'on suspend à son côté pour aller à la fête, et a été dans la dernière guerre l'arme classique des insurgés. M. Perez, médecin-major de l'expédition, a soigneusement étudié les innombrables cas de blessures de machete qu'il a observés pendant la campagne et rapporte ici les principaux, savamment coordonnés selon les régions intéressées. Les usages multiples de cet outil expliquent que son mauvais état habituel a une grande influence sur les traumatismes qu'il provoque, et on comprend aisément d'une part que les plaies pénétrantes soient rares et par suite les cas de mort exceptionnels (1 sur 59), d'autre part que les complications interminables pullulent et particulièrement les complications osseuses. Par contre, le tétanos si fréquent à Cuba ne s'est montré qu'une fois dans les 59 cas décrits par l'auteur et n'a pas été mortel. L'unique décès est dû à des accidents encéphaliques. F. Boissier.

Fracture ancienne de voûte cranienne avec enfoncement; par E. Ordoñez. (*Siglo Medico*, n° 2317.)

Enfoncement de la région pariétale gauche, cicatrisation, hémiplégie et anesthésie droites, affaiblissement des facultés, cécité, somnolence. Rémission à la suite d'un abcès et de l'issue d'un séquestre, persistance de la somnolence, et d'une hémianopsie homonyme opposée à la lésion. Craniectomie avec perte abondante de liquide céphalo-rachidien et hémorragie subdurale. Mort dans le coma. F. Boissier.

Pneumopathies peu fréquentes; par F. Huertas y Barrera. (*Rev. Medicina y Cirugia*, n°s 553, 554, 555.)

Ce copieux mémoire est un recueil d'observations intéressantes dont voici les principales : 1° Une religieuse présentant tous les signes d'une bronchite aiguë fébrile est prise graduellement de dyspnée intense avec diminution du murmure vésiculaire d'un côté, sous l'influence d'une dose quotidienne d'ipéca elle crache une masse gélatineuse arrondie qui, mise dans l'eau, reproduit le moulage de la presque totalité de l'arbre bronchique d'un lobe pulmonaire au moins. Cet exsudat est constitué par de la fibrine avec débris cellulaires épithéliaux et leucocytes. Les crachats redeviennent graduellement diffus et la malade guérit; ces cas de bronchite fibrineuse dite encore pseudo-membraneuse ou croupale sont rares. Lebert n'en signale que 17 cas; la mortalité est de 27 0/0. — 2° Un kyste hydatique du foie, refus de l'opération par le malade, ouverture dans le poumon, rejet par les bronches de pus et de débris hydatiques, guérison par inhalations antiseptiques. — 2° Un jeune homme souffre d'abondantes hémoptysies, malgré lesquelles et malgré la présence de bacilles de Koch les signes physiques font repousser le diagnostic de phtisie; le malade rejette un jour, avec le sang, un kyste hydatique dégénéré et guérit. — 4° Une enfant de 17 mois avale une broche en argent, en forme d'oiseau, qui tombe dans le voies aériennes; le premier accès de suffocation passé, le corps étranger se loge dans les bronches, il est trop tard pour la trachéotomie; après cinq mois de séjour la broche est rejetée et l'enfant se rétablit. Un gamin de 10 présente les symptômes d'une broncho-pneumonie très localisée, et rejette par la toux une épingle à tête émaillée grosse comme un pois. Une fillette de 6 ans garde un an et deux mois une épingle semblable dans le parenchyme du poumon gauche, d'où abcès et vomiques; une de ces dernières amène au dehors le corps étranger, inhalations antiseptiques et créosote pendant toute la durée; guérison. Un garçon de 12 ans a un pignon logé dans une bronche secondaire, aspect d'un cardiaque tricuspidien, dyspnée, syncope, angoisses; expectoration muco-purulente; respiration puérile à droite, voilée à gauche, rétrécissement thoracique de ce côté; après plusieurs mois rejet du pignon et guérison. A l'autopsie d'un autre malade, mort d'un accès de dyspnée, on trouve de petits abcès intrapulmonaires causés par la présence dans le parenchyme d'une dent molaire. Ces cas de corps étrangers sont suivis d'une revue avec statistique, et de la recommandation de bannir rigoureusement les émétiques de la thérapeutique en pareils cas. — 5° Un homme de 28 ans, atteint de lithiase bronchique reliquat de maladies anciennes, crache tous les matins des calculs pendant des accès de toux matutinaire; bonne santé habituelle. Le mémoire se termine par trois cas de pneumoconiose et un cas de corps étranger pulmonaire où la radiographie détermina l'abstention de toute intervention chirurgicale.

F. Boissier.

Amblyopie toxique; par Harold Grimsdale. (*Treatment*, 23 juin 1898.)

L'auteur étudie quelques formes d'amblyopie toxique et particulièrement celles qui succèdent à l'intoxication tabagique ou alcoolique. L'existence des amblyopies toxiques est connue depuis longtemps, puisque les auteurs étaient enclins à ranger sous cette dénomination tous les cas d'affaiblissement visuel, dont la cause échappait à l'examen direct ou ophtalmoscopique. Une classification exacte des amblyopies toxiques devrait être basée sur la connaissance des lésions produites par tel ou tel poison. C'est ainsi qu'on classe dans un premier groupe, les poisons qui altèrent les organes de perception visuelle au niveau de la rétine; dans un second groupe, ceux qui intéressent le nerf optique dans sa portion intra-oculaire; dans un troisième groupe, ceux qui altèrent les fibres nerveuses dans leur trajet de l'œil au cerveau; dans un quatrième enfin, ceux qui altèrent les centres visuels de l'écorce cérébrale. Au point de vue clinique, les deux poisons les plus importants comme agents de l'amblyopie toxique sont incontestablement le tabac et l'alcool. Mais leur rôle respectif dans la production de l'amblyopie est difficile à déterminer, car il est rare d'observer des cas d'intoxication pure, par l'un de ces produits. La plupart des sujets font usage à la fois de tabac et d'alcool et présentent le plus souvent des accidents d'empoisonnement mixte. C'est dans l'intoxication alcoolique aiguë que s'observe de préférence l'amblyopie, qui fort heureusement n'est que passagère. Le degré d'impureté de l'alcool joue un grand rôle dans sa production. Le tabac est le principal agent de l'amblyopie toxique. Son pouvoir toxique varie suivant sa qualité, les tabacs inférieurs contenant plus de nicotine que les tabacs de prix. L'état de santé général joue un grand rôle, et d'ordinaire l'amblyopie se déclare quand le

sujet est déprimé. Il est curieux de signaler la rareté de l'amblyopie chez certains peuples, comme les Cubains et les Turcs, qui font cependant une large consommation de tabac.

L'amblyopie tabagique se caractérise par une diminution lentement progressive de la vision ; elle frappe les deux yeux également. Il s'y joint parfois des troubles dans la perception des couleurs. L'ophtalmoscope ne révèle pas d'altérations des milieux de l'œil. Par contre, l'examen du champ visuel permet de reconnaître l'existence d'un scotome central caractéristique.

P. RELLAY.

Difformités dues aux végétations adénoïdes ; par Frederick COLLIDGE. (*Medicine Detroit*, juillet 1898.)

L'auteur envisage les végétations adénoïdes comme un important facteur de déformations orthopédiques. Les difformités présentées par les sujets adénoïdiens peuvent tenir à plusieurs causes. Le plus souvent elles résultent de la gêne respiratoire et portent principalement sur la poitrine ; on observe alors le thorax de pigeon. Tous les auteurs sont d'accord pour signaler la fréquence de ces altérations thoraciques. Dans d'autres circonstances les déformations résultent d'une tuberculose articulaire survenue chez un adénoïdien ; l'infection bacillaire part des végétations elles-mêmes, qui contiennent souvent des bacilles de Koch. Telles déformations reconnaissent une origine réflexe ; on a signalé des cas de torticolis réflexes, liés aux végétations. Il est enfin un facteur de premier ordre qui intervient dans la production des déformations : c'est le système nerveux. Nul doute que l'état d'asthénie nerveuse, qui existe chez les adénoïdiens, ne joue un grand rôle dans la production des déformations qui frappent ces sujets en croissance.

P. RELLAY.

VARIA

Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques.

Secrétariat général : 18, *rue de Condé, Paris* (*Librairie Nathan*).

Parmi les plus intéressantes questions portées au programme des assemblées générales, signalons :

Séance du mardi 4 avril. — Le rôle de la jeunesse universitaire dans la lutte contre l'alcoolisme.

Séance du mercredi 5 *avril.* — De l'enseignement antialcoolique *après* l'école primaire. — Préparation du personnel enseignant à la lutte antialcoolique dans l'école et hors de l'école. — Sociétés de tempérance entre instituteurs.

Séance du jeudi 6 *avril.* — L'alcoolisme et les conditions du travail chez l'ouvrier.

Séance du vendredi 7 *avril.* — D'une entente entre les Etats pour la protection des races indigènes contre l'alcool. — De la lutte antialcoolique dans l'armée et par l'armée (armées de terre et de mer).

Dans les séances des sciences Médicales et d'Hygiène, signalons le programme général : Action de l'alcool sur le travail intellectuel et musculaire. Des asiles pour les buveurs. Boissons hygiéniques non alcooliques, etc.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus docteurs en Médecine pendant le mois de décembre 1898 (*année scolaire* 1898-1899).

MM. Hédic. Bilharzisme. — Lartigue. Sur deux cas de « Pemphigus » chez des enfants. — Roufliandis. De l'influence des émotions sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — Mouillac. De l'introduction de quelques agents thérapeutiques dans l'organisme par la voie pulmonaire. — Cavazza. La blessure de la vessie au cours de l'hystérectomie abdominale. — Munier. Contribution à l'étude des formes cliniques et du diagnostic du cancer de l'œsophage. — Dagoin. Contribution à l'étude séméiologique de la main dite succulente. — Kérambrun. Les rebouteurs et les guérisseurs. Croyances populaires. — Thebaud. Contribution à l'étude des arthropathies hémophiliques et de leur diagnostic par la radiographie. — Armand. Recherches bactériologiques et cliniques sur la stomatite diphtéroïde. — Guibaud. Contribution à l'étude expérimentale de l'influence de la musique sur la circulation et la respiration. — Lebeaupin. Des applications de glace sur l'abdomen (étude clinique). — Raine. De la tuberculose chirurgicale de la rate. — Audiau. Contribution à l'étude du traitement de la métrite hémorragique par l'électricité. — Tardif. Etude critique des odeurs et des parfums. Leur influence sur le sens génésique. — Puységur. De la verruga ou maladie de Carrion. — Chassaigne. Contribution à l'étude des matières réductrices du sang. — Michel. Contribution à l'étude anatomique et pathologique de la prostate et du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. — Poitevin de Pontguyon. Hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse. — Rousseau. Péritonite blennorrhagique chez la petite fille. — Nédelec. Contribution à l'étude des pleurésies hémorragiques consécutives aux cancers du sein. — Jacquin. Les théories de la vie dans la médecine et la philosophie grecques et latines (étude historique et critique). — Moulinier. Du mécanisme des troubles circulatoires dans l'intoxication diphtéritique expérimentale aiguë. — Lasserre. Origine animale, innéité et éclosion de la perversion sadique. — Giron. Cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. — Vivie. L'amputation du sein, manuel opératoire. Procédé de Halsted modifié. — Sambuc. La chirurgie du trijumeau intra-cranien. — Lussan. Contribution à l'étude du prolapsus du ventricule de Morgagni.

Incinération et musique funèbre.

On se plaignait non sans raison du manque de cérémonial qui enlevait à la cérémonie de l'incinération le caractère que l'on est habitué à rencontrer dans les obsèques ordinaires. Un journal n'est pas de cet avis dans l'entrefilet suivant : « Mme Henri Parquet, la tante du peintre Carrier-Belleuse, a été incinérée, hier, au Père-Lachaise, en musique. Cependant que le corps, lentement, se consumait sous l'action de la flamme, un orchestre, que dirigeait M. Danbé, faisait entendre aux assistants des airs de circonstance. C'est-à-dire des airs tristes. L'harmonie, étant fille de la douleur, devait, nécessairement, figurer sur le programme d'une cérémonie funèbre. »

Le sujet prête peu à l'ironie et il y a lieu de s'étonner que le journal en question n'ait pas cru devoir y joindre les chants liturgiques des enterrements religieux et les marches funèbres des funérailles officielles. (*Journaux politiques.*)

Grève universitaire.

On écrit de Liège au journal *Le Temps* : « Une grève universitaire vient d'éclater à Liège. Les étudiants de la Faculté de Médecine, écrasés de cours et astreints à suivre de nombreuses cliniques, avec un programme de doctorat absolument surchargé, protestent contre le surmenage qui leur est imposé. Récemment un des leurs, excellent travailleur, concourant pour la bourse, auteur d'une thèse remarquable, ne put être admis à l'examen faute d'avoir le nombre de présences exigé. Et 80 étudiants sur 90 inscrits ont été menacés, par lettres aux parents, de mesures de rigueur s'ils ne suivaient pas plus strictement les cours. De là l'irritation. Le recteur Masius en ouvrant sa clinique a été reçu par des sifflets et a dû se retirer sous un véritable charivari. Par contre, le Dr de Winiwarter, qui avait appuyé les réclamations des étudiants, a été salué à son cours de longs applaudissements. L'autorité universitaire sévira sans nul doute, tant contre ces excès d'honneur que contre ces indignités. En attendant, les étudiants ont voté la grève de la clinique et ont demandé par lettre de protestation à faire entendre leurs doléances. »

Les Infirmières de Londres.

Une effervescence basée sur des motifs assez futiles règne parmi les infirmières de Londres, s'il faut en croire le *Journal des Débats*.

Déjà, l'année dernière, les « nurses » des hopitaux de Londres avaient failli déserter leurs postes parce que les médecins voulaient leur interdire de fumer la cigarette dans leurs salles de garde, leurs réfectoires et leurs chambres à coucher. Cette prétention de leurs chefs de service leur avait paru exorbitante et elles avaient convié toutes les fumeuses de Londres à tenir dans Hyde-Park un meeting de protestation. Mais la presse prit énergiquement parti pour les médecins et les malades contre les infirmières. Le meeting n'eut pas lieu et les infirmières renoncèrent au tabac. Une infirmière, Miss Annie Bevan, s'étant présentée à l'heure de la visite avec une bague au doigt, le médecin-chef la pria de quitter ce bijou, en lui faisant observer qu'elle pouvait, au cours d'un pansement, se

blesser ou blesser un malade. La « nurse » répondit que cette bague était un anneau de fiançailles ; plutôt que de s'en séparer une seule minute, elle déclara qu'elle quitterait l'hôpital, et elle le quitta, en effet. Quarante-huit infirmières, habituées à porter des bijoux, suivirent son exemple et, le lendemain, toutes les autres « nurses » de Londres, par esprit de solidarité et par manière de protestation, se présentèrent dans les divers hôpitaux, les doigts chargés de bagues. Il était impossible de les congédier toutes : il fallait bien que l'on continuât à soigner les malades. Les médecins se sont donc bornés à appeler sur ce fait l'attention des autorités supérieures. Elles sont, paraît-il, décidées à inscrire dans les règlements des hospices l'interdiction des bijoux.

Commerce des spécialités pharmaceutiques à San Franciseo.

Si l'importation des lichens pour la médecine ne mérite pas de fixer l'attention des exportateurs français, par contre, celle de nombreuses spécialités pharmaceutiques pourrait être entreprise avec grand succès, malgré le droit dont elles sont frappées à leur entrée aux Etats-Unis, à la condition de choisir sur cette place un représentant sérieux, indépendant d'agences de New-York, et à même d'entrer en relations avec le monde médical de la côte. Jusqu'à présent, les représentants d'une seule spécialité française auraient entrepris sur cette côte la publicité indispensable au placement d'un produit de ce genre, fort coûteuse au début, en ce pays, mais très rémunératrice par la suite. (*Communications du Consul de France à San Francisco.*) — A nos clients pharmaciens d'examiner la situation signalée et d'en tirer profit s'il y a lieu. La reussite est assurée avec de *bons produits*.

Construction d'égouts, d'un palais du gouvernement et d'un hôpital à Puebla (Mexique).

De grands travaux, aujourd'hui complètement décidés et approuvés par la législature de l'Etat, vont être prochainement entrepris à Puebla. Il s'agit d'abord de la *construction d'un système d'égouts* pour laquelle une somme d'un million de piastres a été prévue. On doit ensuite mettre prochainement au concours la construetion d'un nouveau palais du gouvernement. La législature a autorisé à cet effet une dépense d'un million de piastres. Enfin, une autre somme de 100.000 piastres a été votée pour l'*hôpital général* de Puebla, dont les plans ont déjà été approuvés. (*Bulletin commercial* de Bruxelles.)

La danse : Paul-Louis Courrier, Michelet.

Michelet avait 18 ans. Un ami l'emmène dans un bal public. « Deux choses, dit-il, m'empêchèrent de m'amuser comme les autres. D'abord, ma gaucherie et le respect que je devais témoigner à celles qui ne s'en souciaient guère. Toutes ces petites évaporées, je m'en souviens comme d'hier, me regardaient d'un air si surpris, elles souriaient d'un tel sourire, que j'en était tout décontenancé et tout honteux. Autre obstacle, je ne savais pas danser; Poret non plus. Nous fîmes la folie d'aller prendre des leçons d'un vieux professeur du quartier. Pour moi, ce fut peine inutile. Je brouillais toutes les figures ; mes entrechats étaient, paraît-il, du plus haut comique. Un beau matin, mon maître de danse, plus ennuyé que de coutume de mon incapacité chorégraphique, eut l'air, comme la *Zulietta* de Rousseau, de me renvoyer à mon arithmétique. Je fus piqué et ne lui revins plus. » (Michelet, *Ma jeunesse*, p. 219.)

« J'ai été invité ces jours-ci à la noce d'un de mes sergents, et je m'y suis rendu, quoique j'eusse bien mal à la tête, comme cela m'arrive fréquemment depuis un certain temps. Je ne pouvais y être que triste, aussi l'ai-je été. Je n'ai presque ni bu, ni mangé ; et quand on a parlé de danser, je me suis refusé à toutes leurs instances. J'en ai dit la vraie raison, mais cela ne les a pas contentés, et ils ont cru que je les dédaignais. Il est certain que rien ne m'a plus humilié et fait enrager depuis quelques années que de n'avoir pas su danser, et cela par ma faute. » (*Lettres écrites de France et d'Italie*, édit. Pfluger, p. 6.)

« Vous ne sauriez imaginer ce qu'il m'en a coûté de peines et de mortifications pour n'avoir pas su danser ; je n'en suis pas encore délivré. Combien on est sensible sur l'article de la vanité ! J'espère pourtant me mettre au-dessus de ces petites puérilités. A quoi donc m'auraient servi mes livres, si mon cœur était encore sensible à ces atteintes, qui ne peuvent passer que pour de légères piqûres, en comparaison de ce qui m'attend par la suite ? J'ai pourtant pris un maître qui me trouve toutes les dispositions du monde, mais que j'abandonnerai, sans doute, comme j'ai déjà fait vingt fois. » (*Ibid.*, p. 8.)

La *danse* étant un exercice physique doit donc faire partie de toute éducation complète.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Cours pratique de psychothérapie et d'hypnologie. — M. le Dr BÉRILLON a commencé un cours pratique de psychothérapie et d'hypnologie, a l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, le jeudi 26 janvier, à dix heures et demie. Il le continuera tous les jeudis, à la même heure. Plusieurs conférences seront consacrées à l'étude pratique des *applications de la suggestion hypnotique à la pédagogie et à l'éducation des enfants vicieux ou dégénérés*.

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

Gynécologie et chirurgie abdominale. — M. le Dr FOURNEL, lauréat de la Faculté, a commencé le mardi 17 janvier 1899, à 8 heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie et de chirurgie abdominale* ; il le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave LOISEL, le vendredi à 5 h. 1/2, rue de l'Estrapade, 18.

FORMULES

XIII. — Contre les poussées aiguës de pharyngite granuleuse.

Gargarismes tièdes avec :

Eau	300	grammes.
Chlorate de soude.	5	—

A l'intérieur :

Benzoate de soude.	6	grammes.
Teinture de coca.	5	—
Sirop de codéine.	30	—
Eau de laitue	150	—

Mal supporté par les dyspeptiques.

Chez les fumeurs :

Attouchements avec la solution iodo-iodurée aqueuse à 1 gr. par 20 gr.

Pulvérisations avec eau de goudron, Saint-Honoré, Cauterets, Eaux-Bonnes, Enghien, Allevard.

3 ou 4 fois par jour se gargariser avec 1/2 verre d'eau chaude où l'on ajoute autant de la solution :

Résorcine pure.	4	grammes.
Glycérine neutre.	15	—
Eau distillée.	150	—

(G. Lyon.)

XIV. — Manie aiguë.

Sulfonal	1 gramme.
Bicarbonate de soude . .	0 gr. 25 centigr.

pour 1 cachet.

1 à 3 cachets par jour, on pourra atteindre progressivement et même 5 grammes en 24 heures (Kadt). Rappelons cependant que le sulfonal est loin d'être inoffensif, surtout si l'on en prolonge l'emploi. Wien (in *Berlin. Klin. Wochenschr.* 1898) signale de nombreux cas de mort par empoisonnement et conseille de ne le prescrire que durant quelques jours pour permettre l'élimination par le rein, sans qu'une néphrite puisse en être la conséquence.

XV. — Dans les oreillons.

Acide phénique. . . . . . . 0 gr. 50 centigr.
Sulfate de quinine . . . . } ââ 2 grammes.
Acide salicylique . . . . . }
Rhum. . . . . 125 —

Une cuillerée à bouche d'heure en heure. (Bouchard.)

XVI. — Contre l'impétigo vulgaire et l'eczéma de la tête.

Axonge benzoïnée . . . . . 12 grammes.
Huile d'olives. . . . . . . 9 —
Précipité rouge . . . . . . 15 —
Sucre blanc pulvérisé. . . . 6 —
Acide phénique . . . . . . de 0 gr. 05 à 0 gr. 50
(Hodara.)

XVII. — Contre l'otite aiguë.

Ichthyol . . . . 1 gramme.
Glycérine. . . . . } ââ 7 gr. 50 centigr.
Eau distillée. . . . . . . }

Instiller trois fois par jour quelques gouttes de ce mélange dans l'oreille. (Solt.)

XVIII. — Pommade contre les hémorrhoïdes.

Chrysarobine. . . . . 0 gr. 80 centigr.
Iodoforme. . . . . 0 gr. 30 —
Extrait de belladone. . . . . 0 gr. 60 —
Vaseline . . . . 25 grammes.

2 ou 3 applications par jour.
(Kossobudski, cité par Crinon.)

XIX. — Topique contre l'eczéma des mains.

Iode pur. . . . . 0 gr. 10 centigr.
Iodure de potassium. . . . . 0 gr. 25 —
Glycérine. . . . . 10 gr. 50 —

En badigeonnages le soir et 2 fois par jour dans les cas plus sérieux. (Edlesfsen.)

XX. — Vin toni-cardiaque de Bichat.

Teinture de kola. . . . . 40 grammes.
— de coca. . . . . 30 —
— de scille. . . . . 20 —
— de digitale. . . . . . . 10 —
Sirop de cerises. . . . . . . 100 —
Vin de Lunel. . . . . 800 —

2 à 3 cuillerées par jour durant 8 à 10 jours dans les cas d'hyposystolie. (Huchard.)

XXI. — Administration de la quinine chez les enfants.

Sulfate de quinine. . . . . . . 0 gr. 25 centigr.
Eau de Rabel. Q. S. le moins possible.
Infusion de camomille tiède. . . 100 grammes.
Laudanum de Sydenham. . . . . 1 goutte.

En lavement après un lavement ordinaire qui aura été rendu. (Comby.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 15 janv. au samedi 21 janv. 1899, les naissances ont été au nombre de 1.174, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 475, illégitimes, 153. Total, 628. — *Sexe féminin* : légitimes, 382, illégitimes, 164. Total, 546.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 janv. au samedi 21 janv. 1899, les décès ont été au nombre de 884, savoir : 469 hommes et 415 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 3, T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 3, T. 6. — Scarlatine : M. 0, F. 3, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 5, T. 5. — Grippe : M. 2, F. 2, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 103, F. 66, T. 169. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 18, T. 32. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 10, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 35, T. 58. — Méningite simple : M. 15, F. 11, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 18, F. 16, T. 34. — Paralysie, M. 4, F. 7, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 3, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 32, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 8, T. 16. — Bronchite chronique : M. 16, F. 4, T. 20. — Broncho-pneumonie : M. 25, F. 19, T. 44. — Pneumonie : M. 18, F. 25, T. 43. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 25, F. 13, T. 38. — Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 9, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 9, F. 10, T. 19. — Sénilité : M. 16, F. 20, T. 36. — Suicides : M. 8, F. 1, T. 9. — Autres morts violentes : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres causes de mort : M. 75, F. 61, T. 136. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 4, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 57, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 20, illégitimes, 12. Total : 32 — *Sexe féminin* : légitimes, 17, illégitimes, 8. Total : 25.

École de Médecine et de Pharmacie d'Alger. — Un concours s'ouvrira le 10 novembre 1899, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à la dite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Service de Santé de la Marine. — M. Gargam, médecin de 2e classe, est affecté au port de Cherbourg. — M. le médecin inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, est nommé membre du comité technique de santé. — M. le médecin de 2e classe Ferrandini est affecté au port de Brest. — M. le Dr Barret, promu médecin en chef, est maintenu dans son nouveau grade au port de Brest. — M. le Dr Sibaud, promu médecin principal, sera remplacé sur *la Foudre* (escadre de la Méditerranée) par l'un des médecins de 1re classe réservés à Toulon pour l'escadre et sera affecté au port de Brest. — M. le Dr Estrade, promu médecin de 1re classe, est maintenu aux tirailleurs tonkinois. — MM. les médecins de 1re classe Denis, résident à l'hôpital de Lorient, et Jouenne, en service à terre à Lorient, sont autorisés à permuter. — M. le Dr Mathis, promu au grade de médecin en chef, est affecté au port de Toulon. — M. le Dr Grimaud, médecin de 2e classe démissionnaire, est nommé au grade de 2e classe dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Lorient.

Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux de 1re et de 2e classe du service des troupes. — Médecins principaux : MM. Rémond, Négadelle, Alix (P.-M.), Burot, Prat, Curet, Alix (Léon), Hervé, Rit. — Médecins de 1re classe : MM. Roby, Percheron. — Médecins de 2e classe : MM. Barot, Prigent, Préboist, Mottin, Porre, Maillin, Forgeot, Denis (A.), Merleau-Pouty, Pellan, Bartet, Cassieu, Fournes, Chalebert, Palasme de Champeaux.

Congrès de Médecine professionnelle de 1900. — Le Comité d'organisation du Congrès de Médecine professionnelle s'est réuni samedi le 14 janvier, 2, avenue Rapp. Le bureau du Comité a été ainsi constitué : M. Lereboullet, président, MM. Jamin et Le Baron, vice-présidents, M. Glover, secrétaire général ; M. Gastou, secrétaire des séances.

Société anatomique de Paris. — La Société apporte les modifications suivantes dans son Bulletin : Les travaux de la Société anatomique paraîtront sous le titre de *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*. Ce périodique sera mensuel, paraîtra régulièrement le 15 de chaque mois (à l'exception des mois de vacances universitaires) et contiendra dans chaque numéro : 1° Un mémoire original sur un sujet d'anatomie, d'anatomie pathologique, de bactériologie ou de médecine expérimentale ; 2° toutes et rien que les communications du mois précédent. Les communications devront être rédigées avant la présentation. Celles qui ne seraient pas remises au secrétaire avant le 3 du mois ne figureront dans les bulletins qu'avec leur titre accompagné du court résumé consigné au procès-verbal de la séance ; 3° une analyse des mémoires adressés à la Société et un index bibliographique des articles parus dans les périodiques faisant l'échange.

Société Médico-Psychologique. — Séance ordinaire le lundi 30 janvier, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. *Ordre du jour* : 1° Installation du bureau de 1899. 2° Rapport de la commission des finances, M. Christian. 3° Nomination des commissions de prix. 4° Rapport de candidature, M. Klippel. 5° Ascendance et descendance des paralytiques généraux, M. Arnaud. 6° Anatomie pathologique et étiologie de la paralysie générale (*suite*).

Société Médicale du VIIe arrondissement. — La Société a renouvelé comme suit, son bureau pour 1899 : Président, M. Potherat. Vice-présidents, MM. Tennesson et Richardière. Secrétaire général, M. Toledano. Secrétaires, MM. Mounier et Sottas fils. Trésorier, M. Alibert.

Société Médicale du IXe arrondissement. — Dans sa séance du 8 décembre dernier, la Société médicale du IXe arrondissement a ainsi renouvelé son bureau pour l'année 1899 ; Président, M. R. Jamin. Vice-président, M. Boissard. Secrétaire général, M. Ozenne. Secrétaire général adjoint, M. Dagron. Secrétaires des séances, MM. O. Duvau et L. Millon. Trésorier, M. Duboys de Lavigerie.

Commission du Budget. — Un certain nombre de députés, MM. Astier, Charles Bos, Barthou, Chautemps, Mézières, Poincaré, Pourteyron, avaient déposé, par voie d'amendement au budget, une proposition tendant à la création d'une chaire de clinique gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris. Cette proposition a fait l'objet d'un vote négatif de la part de la Commission du budget. Dans la même séance du 8 décembre, la Commission du budget a, malgré les conclusions du rapporteur et du gouvernement ajourné au prochain budget la réforme des traitements du personnel de l'enseignement supérieur. (*Journal des Praticiens*.)

Banquet Verchère. — Les élèves et amis du Dr Verchère se proposent de lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu le mardi 7 février, à 7 h. 1/2, dans les salons du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle. Le montant de la cotisation est fixé à vingt francs. Les adhésions seront reçues jusqu'au jeudi 2 février, par : MM. Ruault, 83, faubourg Saint-Honoré ; Ozenne, 11, boulevard Haussmann ; Chastanet, 16, rue Lafontaine (Auteuil).

La fièvre typhoïde a Cherbourg. — Nous avons récemment annoncé l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait à Cherbourg, principalement sur les troupes de la marine. D'après le *Temps*, l'épidémie sévit tout particulièrement dans les casernes qui reçoivent les eaux de la Divette, tandis que les casernes qui ont d'autres moyens d'alimentation en sont presque complètement indemnes. L'intensité de l'épidémie a été, d'autre part, accrue par l'arrivée des troupes affectées à la défense et des recrues. L'administration de la marine a pris toutes les précautions recommandées en la circonstance pour arrêter la propagation de la maladie. Les mesures prescrites ont amené une diminution dans l'intensité de l'épidémie, les entrées à l'hôpital sont moins nombreuses, mais elles ne peuvent produire aucun effet sur les individus déjà contaminés ou dans la période d'incubation. La situation est moins mauvaise, mais il ne s'agit pas seulement d'arrêter l'épidémie actuelle, il faut encore en prévenir le retour en donnant à toutes les casernes une eau non contaminée ; les dispositions à prendre pour obtenir ce résultat sont d'autant plus urgentes que la garnison de Cherbourg peut être encore augmentée.

Un Accident de Laboratoire. — Le *Temps* du 24 janvier signale un accident de laboratoire dont a été victime M. Cordonnier, remplaçant à l'hôpital Trousseau, un interne qui était en congé régulier. L'élève en pharmacie se livrait à quelques expériences [illegible] pharmaceutiques. Il comptait [illegible] du phosphore et du chlorate de potasse, produits [illegible] mélange détonant. M. Cordonnier n'ignorait pas le danger auquel il s'exposait, aussi mêlait-il très lentement les deux matières en se servant d'une carte de visite. Malgré ces précautions [illegible] un jet de flamme atteignit [illegible] aux yeux. A [illegible], le [illegible] de l'hôpital accourut. On le transporta [illegible] M. Richer, prévenu [illegible] par téléphone [illegible] Trousseau, qui accourut et prodigua ses soins au [illegible]. M. Cordonnier est [illegible] aux [illegible]. Les yeux ont été atteints, [illegible] on espère qu'il ne perdra pas la vue.

L'Hôpital International. — L'Hôpital International, [illegible], rue de la [illegible], fondé par le Dr Péan, prend désormais le nom d'*Hôpital Péan*. Le Dr [illegible], ancien chef de clinique de M. Péan, qui depuis la mort de ce dernier a assumé la tâche de lui succéder [illegible] de la direction des services chirurgicaux [illegible] la direction de docteurs [illegible].

Les [illegible] en Allemagne. — Au Reichstag allemand, M. de [illegible], conseiller d'État, a déclaré que [illegible] aux études de médecine et [illegible] aux examens [illegible] dentistes et pharmaciens.

[illegible] — MM. [illegible] (*Journal* [illegible].)

Les suicides en Amérique. — En 1898, le nombre des suicides a atteint aux Etats-Unis le chiffre de 5.920 ; parmi les victimes on compte 44 médecins et seulement 13 banquiers, 8 pasteurs, 7 journalistes, 6 avocats, 2 acteurs et 2 artistes. On peut juger par là que nos confrères des Etats-Unis ne jouissent pas à ce triste point de vue d'une situation privilégiée dans le monde intellectuel américain.

Nouvelle publication médicale. — Encore une nouvelle revue médicale, les *Archives orientales de médecine et de chirurgie*, publiée sous la direction du Dr M.-S. Diamantberger, destinée à publier les travaux émanant de Roumanie, de Turquie, de Grèce, d'Asie-Mineure, d'Egypte, etc.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Lazare Sée (de Paris).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service, (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr Maygrier, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Andral. — *Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.* — MM. Albert Mathieu, Maurice Soupault et J. Ch. Roux. Cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera un mois. — Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic par M. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs. — Pour les renseignements et l'inscription : s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

AVIS A NOS ABONNÉS — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **25 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre le renouvellement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

[illegible] — [illegible] 71

3e SÉRIE. T. IX. N° 5 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 FÉVRIER 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La prostitution en Suisse, par L. Fiaux. — BULLETIN : L'encombrement de la profession médicale, par J. Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des Sciences*, par Phisalix; — *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par Noir; — *Société de Chirurgie*, par Rellay; — *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, par Martha. — REVUE DE MÉDECINE : Le pronostic de l'appendicite, par Morison; — De la rubéole, par Guthrie; — Tétanie et ostéopathie au cours de la dilatation de l'estomac, par Prefle; — La température dans l'endocardite, par Brunton; — De l'acromégalie, par Hinsdale (Trav. an. par P. Rellay). — REVUE DES MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES : Un corps étranger dans le larynx, par Ehrnrooth; — De l'intervention chirurgicale dans les cancers du larynx, par Moralès; — Les avantages de la position de Trendelenburg, par Keen; — Trois cas de chirurgie du larynx, par Pantaloni; — Prolapsus double du ventricule de Morgagni, par Lichtwitz; — Maladies du larynx, du nez et des oreilles, par Castex; — Pseudo-parasitisme des myriapodes chez l'homme par R. Blanchard; — De l'extirpation rapide des pseudo-polypes naso-pharyngiens, par Lichtwitz; — Traitement chirurgical de l'otite chronique sèche, par Malherbe (Trav. an. par Baratoux). — REVUE DE MICROBIOLOGIE : Etude sur les parasites de la malaria, par Ziemann; — Microbes de la Tamise rappelant le bacile d'Eberth, par Houston; — Virulence du bacille de Lœffler par rapport à sa morphologie, par Concetti et Memmo (Trav. an. par Ramon). — VARIA : Les eaux de source à Paris; — Médecins et Compagnies d'assurances en Belgique. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — NÉCROLOGIE : M. le Dr Mergier. — INSTRUMENTS ET APPAREILS. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Suisse et particulièrement à Genève.

Par le Dr L. FIAUX.

PLÉBISCITES SUR LES MAISONS DE TOLÉRANCE.

Coup d'œil historique sur la fondation à Genève de la Fédération britannique et continentale pour l'abolition de la police des mœurs. — Organisation de la prostitution réglementée en Suisse depuis le commencement du siècle. — Les institutions et réformes spéciales à Berne, Neufchâtel, La Chaux-de-Fonds, Lausanne. — Fermeture des maisons publiques à Berne, en 1888. — Le Referendum Zurichois de 1897 : suppression des maisons publiques dans le canton de Zurich.

La contestation publique de la portée hygiénique et de l'autorité légale de la prostitution réglementée se poursuit lentement, mais cependant avec continuité, au milieu des épisodes divers et plus bruyants de la vie sociale de la plupart des peuples européens. Les phases de ce mouvement présentent des aspects d'autant plus interessants qu'ils varient avec le caractère national et les institutions de chaque pays. A cet égard les récentes vicissitudes de la discussion en Suisse et notamment dans le canton de Genève où la police des mœurs — plus restreinte qu'en France, il est vrai — subsiste encore, méritent de retenir l'attention de ceux qui ne veulent pas, dans la matière, laisser passer un fait sans en exprimer tout l'enseignement.

C'est en Suisse que les membres de l'Association formée dès 1869 pour obtenir le rappel des *Contagious diseases Acts* qui venaient d'établir la police des mœurs en Angleterre, plantèrent le premier jalon de l'œuvre destinée à étendre au continent la lutte commencée à Londres. En 1875 était fondée à Genève la ligue dite *Fédération britannique et continentale*, pour l'abolition de la police des mœurs. Le milieu d'action était heureusement choisi. Le respect de la grande majorité des constitutions cantonales pour la liberté individuelle, l'autonomie des municipalités, l'indépendance du caractère indigène et des presses locales étaient déjà comme des auxiliaires naturels et de la première heure, et l'atmosphère ambiante ne faisait pas *a priori* asphyxie et silence, comme on eût pu craindre en s'implantant ailleurs. La *Fédération* aussi pensait, non sans raison, que la position centrale de la Suisse au milieu des nations d'élément germanique et d'élément roman, ces deux éléments constitutifs de toutes les législations de l'Europe, lui permettrait ainsi d'exercer du même coup par rayonnement une multiple influence au delà des frontières les plus opposées.

L'engagement de la réforme et la mise en branle de l'opinion ne tardèrent pas.

Le système des Congrès internationaux, également appliqué à l'examen étudié de la prostitution réglementée, donna de suite les meilleurs résultats.

Ces congrès, appliqués à la discussion de questions de science pure ou de sociologie gouvernementale, sont tantôt comme des académies, tantôt comme des parlements ambulants qui, en tenant leurs assises aux villes bien choisies, viennent semer les idées, créer des orientations, allumer des foyers; ceux qui y exposent leurs travaux ou discutent les communications des autres, savent leur sujet à fond; sous l'œil des pairs étrangers, de maîtres éminents venus de tous pays et du sien propre, il faut honorer l'esprit scientifique de la race ou de la nation. En 1877, l'*Association* tenait à Genève son premier Congrès : elle y prenait possession d'elle-même et y formulait, comme conclusions logiques de très complètes études d'hygiène, d'économie sociale et de législation, ces magistrales résolutions de médecine et de droit publics que les faits, sans cesse accumulés, ont rendues de plus en plus inattaquables.

Dans le même esprit et de la même allure, une partie des villes de la Belgique, de la Hollande du Danemarck, de la Suède et de la Norwège formaient des associations analogues, branches de la *Fédération*, les unes sous une impulsion originale et locale, les autres au souffle d'énergiques individualités anglaises; mais de suite dans les grands cantons suisses la question de la réforme de la prostitution réglementée se posa nettement, et la suppression partielle ou intégrale fut réalisée ici, préparée là.

Avant de nous étendre sur Genève qui fait l'objet plus particulier de cette étude, jetons un coup d'œil sur le mouvement d'opinions et de faits dans les cantons dont l'exemple est généralement de poids pour les autres.

D'une manière générale, en Suisse, il ressort de tous les documents historiques d'administration, de mœurs et d'hygiène que les gouvernements locaux et les municipalités avaient admis jusqu'ici le groupement des femmes publiques en maison sous la main de personnages en rapports directs avec la police, agréés d'elle pour répondre sinon de l'état sanitaire, du moins de l'ordre. Dans le tableau tracé par les historiens des vieilles villes suisses, la forme de la prostitution par excellence est, de date immémoriale, les *Frauenhauser*, et comme, pour des motifs qui se sous-entendent, les maîtres-baigneurs ont presque de tout temps compris le double bénéfice dont leur industrie était susceptible en lui annexant l'autre commerce, les *Frauenhauser* ont été très souvent les maisons de bains, les *Badenhauser*. Il en était ainsi à Berne où les établissements du quartier de la Matte sur les bords de l'Aar ont été si longtemps connus sous le simple nom de « Bains de l'Isle et de l'Aarziehle ». L'invasion de la République bernoise par les armées françaises à la fin du XVIII[e] siècle et l'administration consulaire et impériale imposée à la Confédération sous Bonaparte, laissèrent là comme partout d'ineffaçables traces et confirmèrent, en les régularisant d'une manière officielle, ces institutions spéciales. En 1828 cependant, les désordres de toute nature étaient tels dans les maisons de Berne qu'un des premiers actes de l'avoyer de Fischer quand il entra en charge fut de supprimer deux des plus scandaleuses d'entre elles : l'une, fondée pour les soldats de Masséna, au cœur de la ville, en face d'une église dans la rue de l'Arsenal, s'était même créé une haute clientèle parmi les personnages importants de la République ; cette circonstance ne la sauva pas. En dehors de cette mesure qui a fait date dans l'histoire de la prostitution bernoise, il fut édicté dans les trente années suivantes un ensemble de lois diverses visant la débauche, l'adultère, l'inconduite même, les unes d'origine consistoriale, les autres concernant le fonctionnement de la police générale (31 décembre 1832), les autres les auberges et cabarets (4 juin 1852 et 31 novembre 1854); ces lois constituèrent un réseau tendu aux manifestations extérieures de la prostitution en dehors des maisons tolérées.

En 1865, lors du remaniement du Code pénal bernois, les progrès du proxénétisme, si intimement lié à l'extension de l'industrialisme urbain, attirèrent l'attention du législateur : de lourdes pénalités furent édictées contre les individus qui débauchent les jeunes gens des deux sexes, en même temps que les professionnelles de la prostitution en dehors des maisons étaient désormais inquiétées par la menace d'emprisonnement(1). Cette législation pénale constituait aux yeux de la police une invitation à l'organisation plus ou moins régulière d'une réglementation conforme au système français naturellement très apprécié de tout pouvoir de police ; déjà, en 1857, le D[r] Ch. d'Erlach, médecin en chef du service des vénériens à l'hôpital cantonal, signalait la confection par la police d' « une sorte de liste de proscription » (*sic*) comprenant 150 à 200 femmes soumises à son contrôle pour avoir eu maille à partir avec les agents dans les rues ou pour avoir été dénoncées; il était désormais possible de risquer plus ouvertement une réglementation. Ce fut l'objet de l'arrêté municipal du 8 juillet 1885; les femmes suspectes prises sous les arcades ou dans les promenades étaient passibles d'une réclusion de trois jours, d'une amende de 200 francs, d'un internement forcé à l'hôpital en cas de maladie constatée à l'examen obligatoire, et, en cas de récidive, d'un internement de durée arbitraire, par simple voie administrative, dans une maison de travail. Cet état de choses et d'esprit créait aux maisons une situation privilégiée trop favorable pour que les abus n'y redoublassent pas: elles se voyaient désormais le seul instrument de la prostitution officielle. La *Fédération* dut dénoncer à l'opinion des scandales et des crimes de séquestration qui rappelaient partiellement ceux de 1880 à Bruxelles; plusieurs procès contre les tenanciers eurent lieu : dans l'un d'eux(1), l'exploitation des femmes séquestrées fut étalée avec un cynisme si naïf que les proxénètes avouaient eux-mêmes que chaque fille leur rapportait net par tête et par mois de 200 francs à 240 francs; il est vrai qu'à l'aide d'une comptabilité perfectionnée ces mêmes malheureuses arrivaient à ne pas même posséder en propre leur linge de corps ! Les statistiques publiées assez lentement et surtout incomplètement révélaient une situation aussi inquiétante au point de vue sanitaire. L'une, celle du D[r] A. Christener, signalait en 1885 une proportion de 10 0/0 de vénériennes dans la classe des filles de maisons ; en 1886, quatre médecins, dont les cahiers de visites étaient régulièrement tenus, avaient constaté que sur 79 cas de maladies 53 provenaient des maisons de tolérance. Pendant cette même année le nombre des femmes arrêtées au dehors, pour contravention à l'arrêté de 1885, s'était élevé à 175 dont 38 seulement avaient été trouvées malades. Il devenait donc difficile de représenter les maisons comme le palladium de la santé publique, et quant au soi-disant consentement des pensionnaires, à la sauvegarde de leur liberté individuelle et de leurs intérêts matériels, il n'était pas moins embarrassant de faire croire à leur réalité. Cet échec public, l'administration de Berne eut le mérite de le constater après une épreuve de trois années, et le 29 février 1888, sur le rapport même de M. Stockmar, conseiller d'Etat et directeur de la police bernoise, les maisons de tolérance de Berne et de Bienne étaient supprimées. A Berne leur nombre avait oscillé, de 1877 à 1886, entre 6 et 4. Dès 1886, « les Bains » avaient disparu spontanément. Il est notable que chacune de ces maisons de Berne ne comptait guère plus de 3 à 5 pensionnaires momentanément réunies, et que le personnel se renouvelait incessamment, car, pour ces 6 maisons, la police annuellement n'inscrivait pas moins d'une moyenne de 80 à 150 filles. L'agglomération bernoise comptait environ 50.000 habitants. La petite ville de Bienne avait 5 maisons officielles pour une population de 6.000 habitants. La légitime préoccupation médicale et administrative visa naturellement les résultats de cette suppression. A trois reprises, en 1889, en 1891 et en 1895, la direction de la police bernoise fut publiquement interrogée à ce

(1) Les proxénètes non professionnels s'adressant aux jeunes gens au-dessous de 16 ans sont frappés d'un emprisonnement de deux mois à deux ans, avec amende à maximum de 1.000 fr. ; les proxénetes professionnels, de quatorze jours à quatre ans, avec amende a maximum de 500 fr. Les parents proxénètes sont déchus des droits de puissance paternelle. Les personnes « faisant métier de prostitution » sont frappées d'un emprisonnement de deux à huit mois. (Art. 164, 165, 168, 169 du C. P. B.)

(1) Affaire Mundwyler. Arrêt de la Chambre de police du 8 décembre 1886.

sujet. En 1889, M. Stockmar donnait les statistiques suivantes : de 1879 à 1886 le chiffre des maladies vénériennes soignées à l'hôpital s'élevait en moyenne à 304 par an; en 1888, l'année même de la fermeture des maisons, le nombre des cas n'atteignait que 209.

En 1895, les rapports statistiques hospitaliers accusaient depuis 1888 une diminution notable comparativement aux dix années précédentes. Quant à l'ordre public, les crimes et délits contre les mœurs n'avaient point augmenté non plus que la provocation de rues et d'arcades devenue insignifiante au contraire, depuis que la garantie et la protection d'Etat étaient refusées à toute manifestation prostitutionnelle extérieure. Cette amélioration manifeste était soulignée par M. Stockmar auquel on avait prédit « que la suppression des maisons de tolérance provoquerait certainement une recrudescence de la prostitution libre, que les filles encombreraient le trottoir, que les femmes honnêtes ne seraient plus en sûreté dans les rues, etc. » (1). Ces résultats, consignés dans des documents officiels, sont d'autant plus à retenir que Berne, la ville capitale, en dehors du chiffre élevé de sa population indigène et d'un assez nombreux appoint flottant d'ouvriers et d'étrangers, possède une Ecole militaire et une Université.

Neufchâtel a été, comme Berne, le théâtre de discussions et de solutions intéressantes. L'existence des maisons de La Chaux-de-Fonds a donné dans le canton un caractère d'acuité particulier à la lutte. Jusqu'en 1877 ces maisons étaient officiellement reconnues; elles étaient soumises à notre réglementation française : surveillance spéciale des agents, visite des médecins de l'administration, etc. Sous la pression des comités de la *Fédération* et notamment celui de La Chaux-de-Fonds, un des premiers créés en Suisse, grâce surtout à l'action d'un éminent citoyen, Aimé Humbert, le patriote neufchâtelois, non moins ardent à défendre la justice et le droit qu'il l'avait été à réclamer l'indépendance de sa patrie contre la Prusse, le Conseil d'Etat supprima d'abord la tolérance administrative. Les maisons n'en subsistaient pas moins comme établissements privés en dépit des peines édictées par le Code pénal cantonal contre les personnes qui se livraient à la prostitution ou la favorisaient (art. 146). En mai 1885, malgré la protestation au Grand Conseil du colonel Jean de Montmollin, parlant au nom de plusieurs milliers de pétitionnaires, le président du Conseil d'Etat, M. Cornaz, dut avouer l'impuissance de l'Etat et de la municipalité pour imposer cette fermeture : « En tant qu'immeubles, disait M. Cornaz, ces établissements étaient des propriétés privées, par conséquent au texte même de la Constitution (art. 8) inviolables ; l'autorité administrative ne pouvait ni ordonner que les maisons cesseraient d'être habitées, ni en choisir les habitants... » Ce que ni le pouvoir exécutif, ni l'assemblée des députés, ni la municipalité ne voulaient ou ne pouvaient faire, la loi enfin l'exécuta. Le Code pénal frappait, nous l'avons dit, le fait même de la prostitution simple, la condition de prostituée, mais l'obscurité et l'exagération du texte n'en avaient pas permis l'application, et cette inertie même avait laissé passer à La Chaux-de-Fonds de graves abus. Le nouveau Code (1889-1891), plus conforme à l'objet idéal du droit et plus pratique, ne visait plus que les actes extérieurs de la prostitution publiquement avouée, se manifestant par la provocation des passants sur la voie publique ; cet article 291 ne désignait même pas, comme antérieurement, « la femme publique », « la femme » qui provoquerait, mais *toute personne*, englobant ainsi l'homme qui accosterait et poursuivrait une femme honnête, comme il arrive, paraît-il, souvent... en Suisse (1). Certes l'article trop strictement interprété pouvait être dangereux, mais un correctif important stipulait que la femme n'encourrait de peine qu'en cas d'infractions nouvelles ; à la première arrestation la prévenue devait être simplement conduite à la préfecture et admonestée. En réalité, il s'agit moins ici du fait de prostitution que du délit de racolage, et la distinction dans la matière est capitale au point de vue juridique. De plus, pour couper court aux bas chantages auxquels des individus avaient trop souvent recours vis-à-vis les femmes seules et sans protecteurs, parentaux ou autres, il était également stipulé que la poursuite pour délit prostitutionnel n'aurait lieu que sur la dénonciation de l'autorité de police. Mais ce qui devait frapper au cœur la police des mœurs neufchâteloise, c'était l'article 292 punissant l'excitation habituelle à la débauche (sans distinction de majeurs ou de mineurs) de la réclusion jusqu'à deux ans et de l'amende jusqu'à cinq mille francs. La protection des mineurs était d'ailleurs particulièrement assurée par des peines frappant les *correspondants* (selon l'expression d'Outre-Manche) de la pénalité même du viol si les victimes avaient moins de quatorze ans, et d'un emprisonnement de deux ans si elles avaient de quatorze à seize ans. Le consentement de l'enfant n'était point une circonstance atténuante. Cette double législation à l'endroit des proxénètes et d'une partie de leurs clients a suffi à faire disparaître les maisons publiques du canton de Neufchâtel.

Dans le canton de Vaud, la réglementation n'a jamais officiellement existé, ce qui a modifié le caractère des faits et du mouvement rapprochés de ceux de Berne et de Neufchâtel. La *Fédération* a surtout cherché à obtenir une modification dans le Code pénal local qui présentait également des textes obscurs ou insuffisants. Comme à Neufchâtel avant la réforme du Code, un article 197 disait : « La femme prostituée est punie par une réclusion qui ne peut excéder six mois. » La prostitution ici était donc aussi le délit même. L'outrage public aux mœurs par propos ou actions obscènes n'était puni que de quinze jours d'emprison-

(1) V. Rapport de la Direction de police au Conseil exécutif du canton de Berne sur la suppression des maisons (janvier 1888). — Lettre du préfet de Berne et arrêté du Conseil communal (fév. 1888). — Lettre de M. Stockmar à M. Dunant, conseiller d'Etat de Genève (sept. 1889).

(1) Le texte primitif portait « toute femme » ; à la requête d'un groupe nombreux de femmes du canton fut faite la substitution de « *toute personne* ». Il est intéressant dans cette question de connaître par le détail les motifs qui ont amené les jurisconsultes de la commission législative neufchateloise à consentir cette importante modification. Dans le *Rapport* de cette commission, M. Jeanhenry, ancien procureur général, mettant en présence les opinions contradictoires, concluait ainsi :

« Les uns disaient : « Nous n'admettons pas qu'il soit possible de confondre, dans ce domaine, l'homme et la femme et d'arriver à cette autonomie des deux sexes, basée sur leur égalité morale, que semble poursuivre la *Fédération*... » — Les autres répondaient : « La différence des sexes, au point de vue du droit pénal, est une notion surannée qui jure avec l'ensemble de l'œuvre si moderne et si progressive qui nous est présentée. La distinction entre l'homme et la femme est un vieux préjugé. L'homme qui accoste outrageusement une honnête femme dans la rue, mérite la même flétrissure et la même pénalité que la femme qui provoque l'homme à l'accomplissement de l'acte sexuel... » — « La commission législative s'est rendue à ces dernières raisons, et elle a voté un texte se rapprochant sensiblement de la proposition présentée par le comité et la *Fédération*. »

nement. Les enfants n'étaient protégés contre les attentats spéciaux que jusqu'à douze ans. Certains proxénètes, comme le souteneur, étaient ignorés de la loi. M. le député Naef dénonça ces lacunes, et obtint du Conseil d'Etat la mise à l'étude des articles du Code incomplets en même temps qu'une enquête sur la prostitution dans tout le canton. Le 20 novembre 1896, le Grand Conseil, après double examen du projet de loi et des travaux de commission extra-parlementaire, vota la révision pénale. Comme à Neufchâtel après la réforme du Code, l'article 197, le plus important avec les articles 198 et 200, au lieu de punir les prostituées comme prostituées, ne prévoit plus que le délit de provocation publique et habituelle et le punit de la réclusion ou de l'internement dans une colonie agricole ou industrielle : ici le texte de loi vise uniquement « la femme qui... » (1). L'article 199 assimile au viol l'abus d'une femme en état d'inconscience (d'origine alcoolique ou autre). L'article 200 assimile à l'attentat à la pudeur commis avec violence l'attentat simple commis sur un enfant de moins de quatorze ans (disposition en contradiction avec le Code civil qui autorise le mariage de la fille à seize ans seulement). Enfin l'article 198 punit également tout individu qui « sciemment profite de la débauche d'autrui, facilite, favorise ou soutient la débauche d'autrui ». Ce dispositif formel enlève tout espoir aux spécialistes de l'hygiène et de la police qui avaient un instant rêvé ou tenté d'introduire officiellement la maison de tolérance parisienne non seulement dans la cité de Lausanne mais dans les principales communes des districts agricoles. Le département de la police à Lausanne notamment, comme dans toute ville suisse ou étrangère, jouit de privautés publiques ou s'en arroge, qui sont peu compatibles avec le respect légal de la liberté individuelle ; ainsi, en mars 1896, une note à nous remise par un fonctionnaire vaudois nous signalait le traitement exceptionnel suivant *inventé de toutes pièces* (*sic*) par la police de Lausanne (2). Une liste secrètement dressée par les agents comprend toutes les femmes de la ville dénoncées comme prostituées : ces femmes sont nominativement invitées à se présenter « *de suite et librement* » (*sic*) à l'inspection médicale, chaque semaine ou quinzaine ; celles qui sont trouvées saines sont simplement renvoyées sans recevoir un certificat quelconque ; celles qui ne se présentent pas sont surveillées de très près, et arretées et condamnées à la moindre infraction aux règlements de police sur l'ordre dans les rues, d'après l'article 197 du Code pénal.

Les femmes trouvées malades sont mises en demeure d'entrer à l'hôpital cantonal ou de se faire traiter à domicile ; elles ont le choix : à l'hopital cantonal elles sont, il est vrai, soignées comme les autres malades ; elles en sortent « dès qu'elles sont suffisamment guéries pour ne pas etre immédiatement dangereuses » (*sic*). Les femmes qui se font traiter à domicile sont officiellement prévenues qu'il leur est formellement interdit de sortir tant qu'elles n'y sont point autorisées par le médecin traitant ; en cas d'infraction à cette défense, elles sont arrêtées, enfermées et soignées d'office. Cet organisme de police sans être occulte n'a cependant pas d'existence officielle, la clinique-dispensaire n'étant signalée dans aucun document municipal imprimé, et les femmes ne recevant aucune déclaration, sous forme de carte, au sujet de la visite subie et de l'état de leur santé. « L'absence de carte remise à la femme a pour objet de ne créer — que la femme soit saine en réalité ou en apparence — aucune sécurité trompeuse. » En janvier 1895, la Société Vaudoise de médecine s'étant prononcée contre l'introduction des maisons publiques dans et hors Lausanne, la police vaudoise peut répondre officiellement qu'il n'existe point dans le canton de prostitution patentée (1).

A Zurich, la solution de la question de la police des mœurs est toute récente et la physionomie de la lutte a été modifiée par l'attitude de la *Fédération* qui, très en relief au début, s'est atténuée vers la fin au point de laisser le champ libre aux Zurichois indépendants : cette tactique paraît avoir eu pour objet de ménager les susceptibilités de l'esprit cantonaliste. Quoi qu'il en soit, en 1880, en réponse aux critiques de la *Fédération*, le Grand Conseil de Zurich en proie, sur le sujet, à toute la masse des préjugés en cours, était sur le point de prononcer d'une manière définitive la légalisation de la prostitution en tant qu'industrie patentée (il avait même voté en deuxième lecture un projet de loi spécial), quand un publiciste de talent, officier de mérite, Fernand Kaiser (de Zoug), d'ailleurs membre de la *Fédération*, adressa aux autorités et au peuple zurichois quatre lettres publiques (*Vier Briefe an die Athener an der Limmat*) où il rétablissait au point de vue de l'hygiène, du droit et aussi du plus spirituel bon sens, les faits sous leur vrai jour. Le revirement fut subit « chez les Athéniens des bords de la Limmatte ». On trouve souvent dans tous ces pouvoirs helvétiques la souplesse politique alliée à un rare jugement, et peut-être n'est-il pas jusqu'aux partis qui n'aient moins qu'ailleurs d'obstinés entêtements. La commission parlementaire invita elle-même le Grand Conseil à ajourner tout vote définitif, se reconnaissant incompétente pour soutenir plus longtemps une proposition de fonds. Bien que le Code pénal cantonal frappât le proxénétisme (*Kuppelei*), les maisons continuèrent à profiter soit de la faveur des pouvoirs publics, soit de leur hésitation ; il était de jurisprudence que, sauf les cas graves, l'initiative des poursuites contre leurs tenanciers comme l'octroi de la tolérance étaient abandonnés aux municipalités. Le conseil municipal de Zurich se refusa constamment toutefois à laisser créer des maisons de tolérance dans l'intérieur de la ville (2) ; il émit meme à diverses reprises un vote comportant la fermeture des établissements localisés (au nombre variable de quatre, six et en dernier lieu de treize) (3) dans les faubourgs, mais finalement au milieu

(1) En février 1897, les dames de Lausanne ont adressé une pétition au Grand Conseil pour réclamer, à l'expression « la femme » la substitution du mot « quiconque... », demandant ainsi l'égalité légale telle qu'elle est inscrite dans le Code pénal neufchatelois depuis 1891.

(2) Cette note se trouve de point en point confirmée par une publication, d'ailleurs remarquable à divers points de vue, de M. le Dr A. Herzen, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne (*Science et Moralité*). Broch. Fayot, Lausanne, 1896, p. 39).

(1) D'apres M. le Dr Morax (de Morges), chef du service sanitaire du canton de Vaud, le chiffre des maladies vénériennes dans le canton de Vaud, tel qu'il resulterait des états fournis par les établissements hospitaliers de Lausanne : hopital, maternité, hopital ophtalmique, hospice de l'enfance, asile de Céry, oscillerait de 3 0/0 et 5 0/0 sur l'ensemble des malades traités (mars 1896). A l'hopital cantonal notamment il aurait été pour toute l'année 1896 de 1,73 0/0 ; en 1897 il serait descendu à 2,97 0/0, c'est-à-dire de 110 sur un ensemble de 3.696 malades.

(2) La ville de Zurich se composait de neuf communes ayant chacune leur administration indépendante ; elles forment aujourd'hui un total de 105.000 habitants, dont un peu plus d'un quart pour la commune urbaine. En 1892 a eu lieu la fusion de ces communes.

(3) 13 en 1897, avec un personnel de 80 présentes.

du conflit des pouvoirs et des opinions il se heurta aux oppositions combinées du Conseil d'Etat et des tribunaux qui répondaient que jusqu'à plus ample informé « l'existence d'un nombre limité de maisons calculé sur l'état de la population mâle fixe et flottante était nécessaire ». Plusieurs fois l'an, il est juste de le reconnaître, les tribunaux usaient de l'article 122 du Code pénal qui, s'il existait des circonstances aggravantes, leur attribuait l'initiative des poursuites à l'exclusion des conseils municipaux. Le *statu quo* paraissait inébranlable quand surgit une manifestation capitale. En février 1895, le conseil municipal de la ville et une assemblée de seize médecins et professeurs de médecine zurichois des plus qualifiés invitaient de concert le Stadtrath de Zurich à élaborer des mesures définitives pour trancher ce long débat. L'adresse médicale faisait tout d'abord ressortir le caractère antisanitaire de l'agglomération des femmes en maisons centralisant l'affluence des bestialités et des morbidités spécifiques, l'insuffisance des secours hygiéniques en présence des progrès faits en matière syphilidologique, l'exemple des grandes villes d'Allemagne d'une densité populaire égale à Zurich garantissant leur hygiène intérieure sans maisons ; elle dénonçait l'insalubrité patentée doublement dangereuse dans une ville de grandes écoles, la garantie officielle attirant et trompant les jeunes gens, « l'Etat (selon la spirituelle et forte expression des médecins zurichois) mettant son poinçon sur de la fausse monnaie » ; elle montrait enfin — réalité d'une vérification partout facile — que les maisons, loin de supprimer la prostitution clandestine ambulante et isolée, loin de supprimer les petits foyers privés de prostitution, cafés, débits de vins, magasins de cigares, etc., avaient eu pour résultat de les multiplier en répandant chez tous, femmes, proxénètes et visiteurs, la notion que la prostitution officielle était une institution régulière ; il n'était pas jusqu'au chiffre élevé des naissances illégitimes pour l'agglomération zurichoise 12 pour 100 : en 1893, 13 pour 100 en janvier 1894, qui ne vînt prouver que les maisons manquaient aussi leur autre objet social — lequel est d'organiser, au bénéfice des hommes, la stérilité des unions passagères et de servir de lit d'attente jusqu'au jour plus ou moins tardif des unions légales (1).

Fort de ces textes et de ce concours, le *Comité Zurichois* « pour le relèvement de la moralité et de l'éducation publiques », à la tête duquel figurait le directeur d'un grand établissement d'éducation supérieure pour jeunes filles, l'honorable M. Ed. Boos-Jegher, prit délibérement la tête du mouvement réformiste. Dans les cantons que nous venons de passer en revue on a remarqué que les modifications introduites dans la réglementation ou la législation ont été directement élaborées par les assemblées politiques ou municipales ; à Zurich il devait en être autrement. On sait le jeu des légiférations et constitutions cantonales qui constituent le droit public de la Confédération helvétique. Depuis 1830 et surtout depuis 1848, ce droit public a successivement conféré, dans les divers cantons, à tout citoyen suisse le pouvoir souverain de collaborer à la confection de la loi et à la modification de la constitution par son vote direct. C'est ce qui est appelé le *droit d'initiative* quand les citoyens rédigent eux-mêmes le projet de constitution ou de loi présenté à l'assemblée des députés, et *droit de sanction* ou *referendum* quand le peuple sanctionne par son vote le projet de loi primitivement élaboré ou simplement adopté par ces mêmes représentants. M. Ed. Boos-Jegher eut recours au droit d'initiative populaire. Il organisa un vaste pétitionnement pour réclamer une modification du Code pénal cantonal telle que le problème fût au moins en bonne partie tranché, et libella un projet d'articles revisés ; mais au lieu de recueillir les 5.000 signatures obligatoires pour la validité de l'exercice du droit d'initiative, il en recueillit 16.000. Le Grand Conseil, se piquant d'émulation, rédigea à son tour un projet à peu de chose près semblable à celui des pétitionnaires, et la discussion réduisit à un tel point les divergences que ces derniers se ralliaient au projet officiel.

Le 27 juin 1897, la nouvelle loi était soumise au *referendum*, et par 40.000 voix contre 14.000 elle était adoptée par le canton de Zurich.

Les principales réformes réalisées par la revision des articles du Code pénal sont, en l'espèce, d'une sérieuse portée : la protection des mineures est assurée par cinq ou six articles qui multiplient la sauvegarde à peu près contre tous les dangers susceptibles d'être imaginés par la débauche des majeurs ; le proxénétisme est traqué partout et frappé de peines effectives. « La réclusion en maison de travail et une amende de 5.000 francs, en cas de récidive la réclusion en maison de travail pendant cinq ans et une amende s'élevant jusqu'à 15.000 francs frappent désormais : « Quiconque engage des femmes pour tirer parti de leur prostitution ; quiconque fait commerce de femmes pour la prostitution (traite des blanches) ; quiconque fait métier de fournir à des femmes l'occasion de se prostituer » (art. 121, 122). Le racolage public pratiqué par une personne quelconque est frappé d'amende ; si le racoleur est une femme, des arrêts de huit jours, et en cas de récidive le placement dans une maison d'arrêt, peuvent l'atteindre. L'autorité paternelle peut être retirée aux parents indignes (art. 123). Enfin une disposition singulière de l'article 123 *a* stipule : « Quiconque commet un acte contraire aux bonnes mœurs avec une personne qui s'est confiée à lui, en vue d'un traitement ou d'un examen médical, et cela contre le gré de cette personne, est puni d'emprisonnement, et, dans les cas graves, de maison de travail. » La disposition qui concédait aux seules municipalités l'initiative des poursuites judiciaires en cas de circonstances aggravantes dans certains cas de proxénétisme, disparaît.

Ainsi les maisons se trouvaient tomber sous le texte de la loi.

Le vote du 27 juin 1897 les a fait du coup disparaître dans le canton de Zurich.

Nous devons observer à propos de l'esprit général de la réforme du code zurichois que le mouvement dans ce canton s'est inspiré de l'idée « de prostitution-délit », qui peut avoir pour conséquence antijuridique de confondre les deux domaines distincts de la morale et du droit ; mais le fait légal de la fermeture des maisons tolérées et de la répression de tous les proxénétismes n'en reste pas moins du meilleur intérêt public (1).

(1) Les signataires de l'adresse étaient les Drs Ernst, M. Heim-Vögtlin, Friedr. Brunner, A. Heer, Pr A. Forel, Ad. Frick, Pestallozzi-Pfyffer, C. Rahn, A. Nüscheler, Hirzel-Schindler, Wilh. von Muralt, Haberlin, Pr Goll, J. Oberholzer-Guber, J. Dubs.

(1) Cet épisode de l'histoire intérieure de Zurich a donné lieu à diverses publications semi-polemiques, semi-statistiques à consulter. V. entre autres : *Die gefahren der Prostitution und ihre gestezliche Bekampfung* (Avis du Conseil de santé zurichois), Zurich, 1891. — *Die Regelung der Prostitutions frage mit besonderer Berucksichtigung zürcherischer Verhaltnisse* (Zurich, 1892). Réponse au précédent par l'Association cantonale pour la protection de la moralité publique. Il n'est pas jusqu'au *Consortium* des

Cet historique un peu général terminé, nous aborderons plus facilement l'étude de la question à Genève, qui fait l'objet plus particulier de ce chapitre.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'encombrement de la Profession médicale.

S'il faut en croire les Annuaires les plus récents, le nombre des médecins s'est encore accru en France. Tandis qu'en 1898, 15.984 praticiens auraient exercé sur notre territoire, en 1899, il y en aurait 17.735, l'augmentation atteindrait donc le chiffre respectable de 1.751. Cette pléthore de médecins est surtout sensible dans les grandes villes : Paris a cette année 62 médecins de plus que l'an dernier ; à Lyon, l'augmentation serait de 57. Tout ceci n'est pas rassurant, mais l'on aurait tort d'attribuer cet encombrement à des causes particulières à notre pays, le même phénomène se produit à l'heure actuelle dans toutes les nations civilisées. Il y a là un mal indiscutable dont il n'est pas aisé de trouver le remède.

Maintes fois nous avons entendu proposer aux jeunes docteurs de s'expatrier, d'aller tenter fortune à l'étranger ou aux colonies. Hélas ! le conseil fut souvent pernicieux et l'exportation médicale est loin jusqu'ici d'avoir donné de bons résultats. Combien de médecins français, attirés en Tunisie, au Transvaal ou en Extrême-Orient par d'alléchantes promesses, en sont revenus allégés de leurs ressources et de leurs illusions ! Il faut se méfier des renseignements même les plus autorisés. Nous ne citerons qu'un exemple. Il y a deux ans environ, un médecin distingué de Montréal, M. le D[r] Beausoleil, dans une entrevue avec l'éminent doyen de notre Faculté, M. le P[r] Brouardel, indiquait le Canada comme un débouché ouvert aux jeunes docteurs des Facultés françaises.

Ils pouvaient s'y faire, prétendait-il, une situation brillante avec d'autant plus de facilité que les Canadiens sont Français d'origine et de langage, et que leur sympathie à l'égard de notre pays s'est fréquemment manifestée. Aussi n'avons-nous pas été peu surpris en parcourant le numéro de novembre 1898 d'un journal de médecine de Montréal, l'*Union médicale du Canada*, de constater que là-bas encore on parle d'encombrement de la profession. Après avoir félicité vivement la dernière assemblée des « Gouverneurs » de s'être montrée très sévère aux examens d'état qui seuls permettent aux étudiants de devenir médecins praticiens (un seul candidat sur sept avait été admis), notre confrère canadien dit en propre termes : « *En face de l'encombrement de la profession, cela n'est pas de trop.* » Ce n'est donc pas au Canada que les médecins français à la recherche d'une clientèle doivent s'adresser; et, s'il existe un remède à la crise médicale qui existe partout et que l'on a le tort d'attribuer trop légèrement à des causes secondaires spéciales à notre pays, ce n'est pas dans l'exportation des médecins qu'il faut le chercher.

J. Noir.

tenanciers qui n'ait dit un mot sous forme de brochure tirée à de nombreux exemplaires avec ce titre: « *Motifs pour lesquels il faut rejeter la loi* », et sous cette signature : « *Union pour la défense des intérêts du peuple.* » (Vereinigung sur Wahrung der Volks interessen.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1899.

Traitement des abcès tuberculeux, symptomatiques ou non d'une altération des os.

M. Lannelongue. — Les abcès tuberculeux guérissent rarement d'une manière spontanée et nécessitent le plus souvent une intervention précoce. Celle-ci comprend deux moyens : soit l'extirpation de la tumeur, soit les injections modificatrices successives. L'ablation au bistouri du tuberculome, contenant et contenu, serait la méthode idéale si l'on pouvait enlever, sans l'ouvrir, la totalité de la tumeur. Mais si la poche est volumineuse ou profondément placée, on risque de l'ouvrir pendant la dissection ; aussi est-il préférable de vider l'abcès d'emblée en évitant de prolonger le contact de son contenu avec les tissus sains, puis de procéder au curettage de la paroi. Cependant cette manière de faire présente le double inconvénient : celui de ne pas tout enlever, de laisser une partie du foyer virulent, et celui d'exposer à une infection générale par l'introduction des bacilles dans les vaisseaux ouverts. Si le second de ces dangers est infiniment plus rare qu'on ne l'a prétendu, il n'en est pas de même du premier qui est presque inévitable lorsqu'on a affaire à des abcès profonds ou rameux, sans compter que dans les abcès par congestion, on ne peut d'ordinaire atteindre la lésion osseuse elle-même. La méthode des injections *uniques*, ou *multiples et successives* donne le plus souvent, au contraire, d'excellents résultats si l'on en remplit tous les temps avec l'attention qne commande la constitution anatomique de l'abcès. La ponction doit être faite avec un troquart assez volumineux sur un point où la peau est encore saine. Le liquide évacué, on procédera à un lavage minutieux de la cavité avec une solution antiseptique (eau phéniquée à 1 0/0 par exemple), jusqu'à ce que le liquide revienne limpide, puis on fera l'injection médicamenteuse. L'iodoforme constitue un des moyens les plus sûrs pour arriver à une guérison plus prompte. Après plusieurs essais, l'auteur s'est arrêté à la formule suivante :

Huile d'amandes douces stérilisée.		90 grammes.
Iodoforme	àâ	10 —
Ether sulfurique.		
Créosote de hêtre.		2 —

Mêlez. Usage externe.

On emploiera pour une injection 30 grammes de ce liquide qui correspondent à un dépôt de 2 à 3 grammes d'iodoforme dans la poche. Il n'en résulte pas d'empoisonnement.

Résultats. — Sur 17 malades ainsi traités, 4 atteints de mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire, ont guéri après une seule injection, 3 après deux injections, 3 autres à la suite de cinq injections, et 1 après cinq, 6 ont eu des fistules et ont fini par guérir au bout de dix mois à deux ans et après des opérations complémentaires : curettages, ouvertures d'abcès nouveaux, etc.; un autre enfin, atteint d'un mal de Pott dorsal inférieur a succombé à la suite d'abcès multiples dans le petit bassin, la fesse, et de chaque côté du pli de l'aine. Les résultats obtenus par M. Ménard avec le naphtol camphré se rapprochent des précédents et confirment la supériorité de la méthode des injections successives. La présence des microbes surajoutes au bacille ne doit modifier en rien les dispositions prises.

L'auteur tient à faire remarquer en outre que le traitement des abcès tuberculeux symptomatiques d'un mal de Pott ou d'une ostéo-synovite ne vise qu'une partie des

indications auxquelles donnent lieu ces affections. En effet, il faut encore avoir soin de tenir les malades horizontalement étendus dans les maux de Pott, appliquer l'extension continue dans les coxo-tuberculoses, etc. Enfin on devra toujours maintenir un bon traitement général, et à ce point de vue, l'*aération permanente* est une des conditions les plus importantes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 janvier 1899. — Présidence de M. Gellé.

M. Claude. — *L'évolution simultanée d'un cancer et d'une tuberculose sur un même point constitue une rareté* (1). En France cette question n'a pas été étudiée. En Allemagne elle a fait l'objet de plusieurs mémoires. A l'autopsie d'un homme mort d'une tuberculose pulmonaire et intestinale, l'auteur a trouvé une tumeur de l'estomac bordée sur une partie de son étendue, par une ulcération très superficielle. Les caractères macroscopiques permettaient de diagnostiquer un cancer ulcéré. Histologiquement, il s'agit vraisemblablement d'un cancer développé sur un adénome dont certaines parties de la tumeur laissaient voir des vestiges (à côté de la tumeur ulcérée, il existait trois petits adénomes polypeux à caractères très nets). La tumeur était un épithélioma alvéolaire à cellules cylindriques pures ou modifiées. Mais de plus, dans la partie profonde de la tumeur, on distinguait des follicules tuberculeux contenant des cellules géantes et des bacilles de Koch. A la limite de la tumeur et de la partie ulcérée, le processus tuberculeux était beaucoup plus intense et il apparaissait nettement que le néoplasme avait été détruit par l'envahissement tuberculeux. Au niveau de la surface ulcérée, la paroi était formée par la couche musculaire infiltrée de cellules cancéreuses au-dessus desquelles se voyaient des tubercules en voie de caséification, et parfois, tout à la superficie des vestiges d'alvéoles cancéreux nécrosés.

L'auteur pense qu'il s'agit d'un cancer développé sur un adénome, que ce cancer a été infecté secondairement par les bacilles tuberculeux arrivés dans l'estomac avec les crachats. La diminution de l'acide chlorhydrique, la modification fonctionnelle de l'épithélium ont favorisé le développement de l'infection bacillaire. Ce fait prouve qu'il n'y a pas antagonisme entre le cancer et la tuberculose et que si les faits cités sont rares, c'est que le microscope seul peut en faire la démonstration.

M. Levaditi poursuit avec M. Charrin ses expériences sur les toxines de l'intestin ; ils ont déterminé des pancréatites, souvent de nature hémorrhagique chez le chien. Sous la capsule et dans le parenchyme, on décèle des lacs sanguins dissociant les éléments ; les cellules tuméfiées obstruent les acini. On peut se demander si les toxines, résorbées par la glande pancréatique, ne l'ont pas altérée par contact au passage, et si les lésions n'ont pas de leur côté provoqué une hypersécrétion glandulaire pour neutraliser, au moins en partie, les toxines.

M. Roger a étudié sur les animaux infectés l'action de substances toxiques, telles que la strychnine. Sur des cobayes normaux et sur des cobayes charbonneux, il a injecté les mêmes doses de sulfate de strychnine. L'action toxique, la même pendant la première heure, augmente ensuite, et l'organisme se défend plus énergiquement contre le poison, alors qu'il lutte contre l'infection. Quand l'infection a envahi l'animal, celui-ci est secoué par les convulsions strychniques et meurt beaucoup plus rapidement que l'animal témoin.

MM. Achard et Delamare étudient la *glycosurie phloridzique.* La phloridzine agit sur le rein ; une faible injection de phloridzine (5 milligrammes) fait apparaître le sucre dans l'urine pendant trois heures, et la quantité varie de 50 centigrammes à 2 grammes. Lorsque le rein du sujet fonctionnait mal, il y avait ou *anaglycosurie ou hypoglycosurie.* Cette réaction répond surtout à la fonction plutôt qu'à l'état anatomique du rein.

MM. Achard et Morfaux. — Chez un tuberculeux fébricitant, l'apparition dans l'urine de l'urobiline et son chromogène, de l'indican, a coïncidé avec l'augmentation du foie qui devenait douloureux ; plus tard, l'urobiline et l'indican disparurent ; à l'autopsie, cette disparition semble liée à la dégénérescence amyloïde du rein. Une injection d'urobiline faite chez des sujets sains et chez d'autres ayant le mal de Bright donna les résultats suivants : chez les sujets sains, l'urobiline passa dans l'urine, en nature chez l'un, en chromogène chez l'autre. Chez les néphritiques, rien ne passa.

MM. Gilbert et Garnier ont observé chez les cirrhotiques un signe constant d'abaissement de la pression artérielle. Cet abaissement augmente encore après la paracentèse de l'ascite.

M. Nobécourt a étudié des associations de bacilles. Mélangés *in vitro* avant l'inoculation, un centimètre de colibacilles et un ou deux centimètres de streptocoques, sans action isolément, tuent rapidement les cobayes. Les mêmes doses inoculées séparément restent sans action. La mort survient par colibacillose généralisée, non par infection mixte. Sur les lapins, cette association détermine l'érysipèle.

MM. de Grandmaison et Cartier ont, chez une femme entrée à l'hôpital pour avortement, trouvé dans le sang le bacille d'Eberth.

MM. Ribemont-Dessaigne et de Grandmaison, chez une femme non albuminurique qui accoucha d'un enfant mort et macéré, ont trouvé une thrombose placentaire suivie de sclérose.

M. A.-M. Bloch, qui a préconisé l'immobilisation du thorax chez les tuberculeux, remplace l'appareil plâtré par une plaque ouatée retenue par un bandage immobilisant le point malade.

M. d'Astros (de Marseille) dit que l'antitoxine contenue dans le sérum des chevaux immunisés par la diphtérie, est bien plus considérable que celle contenue dans les organes.

M. Halipré (de Rouen) envoie son étude sur les altérations du noyau de l'hypoglosse consécutives à la destruction de ce nerf.

M. Bordier (de Lyon) a fait des recherches de calorimétrie. Un courant d'air froid sur la jambe d'un malade provoquait l'éternuement ; il a, au moyen de calorimètres, constaté des différences thermiques que le thermomètre n'accusait pas.

M. Henri étudie le poids proportionnel de la moelle et du corps de l'animal. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 janvier 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Les moustiques dans l'infection palustre.

M. Laveran confirme un travail de M. Ross, démontrant le rôle des piqûres de moustique dans l'infection palustre. Il montre l'importance pratique de cette donnée. Suppression des mares d'eau stagnante dans lesquelles se développent les larves des moustiques ; quand cette mesure ne pourra pas être prise, on se protégera à l'aide de moustiquaires contre les piqûres de ces insectes.

Traitement du rhumatisme aigu par le bleu de méthylène.

M. Lemoine (de Lille) a essayé le bleu de méthylène dans le rhumatisme aigu, non pas pour diminuer la douleur, mais pour lutter contre la fièvre et l'élément causal lui-même, en raison de son action élective sur les micro-organismes. Le bleu de méthylène est au moins l'égal du salicylate de soude. Mais il faut employer un produit très pur. Le bleu impur mêlé de sels de zinc donne souvent des cystites.

(1) Pilliet a étudié ce sujet avec Platot : *Tuberculose et épithélioma coexistant dans le même sein.* Société anat., mai 1897. Il y a donc aussi des mémoires français.

La bicyclette chez les hernieux.

M. Championnière montre que la bicyclette constitue un excellent exercice pour les malades atteints de hernie. Cet exercice permet au malade d'améliorer ses conditions de santé générale, permettant un travail musculaire sans danger, ayant tous les avantages de la marche en plein air sans les inconvénients de l'effort musculaire compliqué de la position verticale. M. Championnière le conseille à ses opérés de cure radicale très peu de temps après leur opération.

L'appendicite.

M. Dieulafoy communique vingt cas traités par l'intervention immédiate avec un seul décès. Voici ses conclusions : 1° Le traitement médical de l'appendicite (ce qui pour moi n'est qu'une abstention déguisée) est une pratique qui doit être abandonnée, puisqu'elle aboutit à une mortalité de 30 0/0 ; 2° le traitement chirurgical est le seul traitement rationnel de l'appendicite, mais encore faut-il que l'opération soit *faite à temps* ; c'est là une condition absolument essentielle. Il faut supprimer le foyer appendiculaire, ce foyer toxi-infectieux au premier chef, avant que des désordres irréparables d'infection et de toxicité aient eu le temps de se produire. Jamais l'axiome suivant n'a été plus vrai : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1899. — Présidence de M. Raymond.

Mort subite au cours d'une crise de coliques hépatiques.

M. Chauffard fait remarquer la rareté de cet accident qui est survenu à une malade de son service. Agée de 47 ans, cette femme était depuis huit jours en proie à une crise de coliques hépatiques. Elle était alcoolique et depuis cinq ans les crises se répétaient. La crise actuelle était la plus violente dont ait souffert la malade, en outre de l'ictère était survenu le second jour et les jours suivant des épistaxis, une métrorrhagie, de l'agitation avec subdelirium la nuit, s'étaient manifestés. A son entrée elle réclame une piqûre de morphine, il n'y a pas de signes de troubles cardiaques, mais la température vaginale est de 36°,8. Une demi-heure après une injection d'un centigramme de morphine, la malade est trouvée morte dans son lit. L'autopsie ne permit de constater qu'un calcul, fortement enclavé dans le canal cystique. Aucune altération ne fut observée au cœur qui est en systole. La mort paraît être due à une cause toxique, car le cœur étant en systole, on ne saurait croire à une syncope.

La chirurgie pulmonaire et les pleurésies interlobaires.

M. Guinon a observé une malade qui, sans grands signes stéthoscopiques, avait eu quelques petites vomiques purulentes, et à la suite d'injections créosotées, de la congestion pulmonaire, des hémoptysies survinrent, l'état s'aggrava. M. Tuffier l'opéra, il tomba sur une grande poche purulente, la malade s'améliora durant quelques jours puis mourut. La malade était atteinte d'une pleurésie intra-lobaire.

M. Tuffier vient, à propos de cette malade, exposer les résultats de son expérience en chirurgie pulmonaire. Il fait remarquer que le plus important dans ce genre d'interventions est le diagnostic précis, or dans 45 pour 100 des cas, on intervient avec une erreur de diagnostic. Dans les opérations sur le poumon il faut une grande précision dans la localisation pour arriver à des succès. La radiographie ne permet pas toujours d'arriver à préciser le siège de la lésion. M. Tuffier cite un grand nombre d'erreurs. Les ponctions exploratrices, l'examen des expectorations ne donnent que de médiocres renseignements. Il est donc très difficile de se rendre compte du siège des cavités pulmonaires, de leur étendue et de leur nombre. Les erreurs sont surtout nombreuses dans les lésions du lobe inférieur du poumon et assez rares dans celles du lobe supérieur. L'auscultation donne des renseignements insuffisamment précis. La radiographie et surtout la stéréoradiographie ne donnent pas de renseignements sur l'origine du mal, mais peuvent souvent permettre de préciser le point où se trouve la lésion. Il est bon de multiplier les applications de ce mode d'investigation, car en chirurgie pulmonaire la mort est presque toujours la conséquence d'une erreur de diagnostic.

M. Béclère, depuis qu'il fait de la radiographie, est persuadé que les cas de pleurésie interlobaire sont plus fréquents qu'on ne le croit et très souvent, ces pleurésies sont prises pour de la tuberculose ou de la gangrène pulmonaire. La radiographie n'est pas infaillible et M. Béclère montre une radiographie d'anévrisme de l'aorte en tous points semblable à celle d'une pleurésie interlobaire. La radioscopie donne des résultats souvent plus complets que ceux de la radiographie, car on peut varier à l'infini la situation de l'écran, de l'ampoule et du malade. A l'appui de son affirmation M. Béclère présente un petit malade atteint de pleurésie interlobaire qui simule la tuberculose pulmonaire.

M. Rendu a vu un malade atteint de pleurésie interlobaire chez lequel un point douloureux fixe avait fait successivement porter par les médecins les plus expérimentés les diagnostics de névralgie intercostale, de mal de Pott et de myélite.

M. Duflocq présente à la Société des milieux liquides et solides absolument transparents destinés à faciliter les cultures microbiennes.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 janvier 1899. — Présidence de M. Berger.

Sur l'appendicite.

M. Schwartz a vu plus de 30 cas d'appendicite aiguë guérir par le traitement médical. Aussi, quand le cas ne lui paraît pas très grave dès le début, préfère-t-il attendre et opérer à à froid, s'il y a lieu.

En présence de signes graves, fréquence du pouls, arrêt des gaz, il faut opérer de suite. Il n'est pas rare de trouver de la sonorité au niveau de la fosse iliaque ; ce signe indique l'existence d'un abcès gazeux et commande d'intervenir. Quand la crise d'appendicite a guéri sous l'influence du traitement médical, il n'y a pas lieu d'intervenir si la guérison est complète. Mais s'il persiste quelque accident, constipation, douleurs, c'est alors qu'il faut opérer à froid. Dans deux cas opérés à froid, l'appendice enserré dans un tissu fibreux, n'a pu être enlevé.

M. Guinard pense qu'au début d'une crise le traitement médical doit être essayé, sauf dans les formes suraiguës ou dans les cas de suppuration manifeste. Le malade étant surveillé de très près, on opérera dès que la situation s'aggrave. La crise terminée, on opérera le malade à froid. M. Guinard estime qu'il est imprudent d'attendre une seconde attaque pour se décider à intervenir. En résumé, l'opération à froid est préférable ; elle n'offre pas de dangers d'éventration comme l'opération à chaud.

M. Reynier se déclare aussi contre les partisans de l'intervention absolue. En opérant d'une façon systématique dès le début des accidents, on s'exposerait à de fréquentes erreurs de diagnostic et par là même à des opérations inutiles. En outre, il est des cas où l'état général ne permet pas d'oser une intervention : M. Reynier a observé une appendicite très grave chez une femme diabétique ; une opération lui eût été funeste ; or, elle a guéri par le traitement médical. A quel moment faut-il intervenir ? Les chances de guérison tiennent surtout au plus ou moins de gravité des accidents. Il est des appendicites bénignes, comme il en est de graves ; les premières guérissent, qu'on intervienne tôt ou tard ; les secondes donnent des résultats opératoires fort variables : M. Reynier a donné 7 cas très graves. Trois fois il est intervenu de suite et a perdu ses trois opérés ; quatre fois il a attendu et ses malades ont guéri. Aussi M. Reynier est-il opposé à l'opération précoce et préfère-t-il remonter l'état général par la glace, le sérum, la caféine, pour permettre au malade de supporter l'opération.

M. Lejars, après avoir fait remarquer combien il est singulier de voir les chirurgiens prêcher l'abstention alors qu'un médecin réclame l'intervention immédiate, reconnaît aussi les avantages de l'opération à froid, toujours bénigne et suivie de guérison. Mais en dehors de certaines formes d'appendicite, où l'opéra-

tion à froid est nettement indiquée, il en est d'autres qui prêtent à discussion. Et tout d'abord, il est des circonstances où l'opération s'impose d'urgence : la présence d'un abcès, combiné à la douleur et à la fièvre, commande nettement l'ouverture du foyer, et il n'y a aucune raison pour attendre. Dans les cas d'appendicites infectieuses, d'allures septiques d'emblée, l'urgence de l'opération ne fait aucun doute. Souvent d'ailleurs l'affection débute d'une façon bénigne, mais se termine d'une façon aussi grave que si elle était septique d'emblée. Aussi, malgré les avantages que présente l'opération à froid, doit-on reconnaître les dangers auxquels on s'expose à « laisser refroidir » certaines appendicites ; M. Lejars préfère alors ne pas prendre la responsabilité de l'attente et opérer d'urgence.

Traitement des kystes hydatiques.

M. Tuffier donne la préférence aux méthodes qui permettent une guérison rapide, sans ces longues suppurations qui suivent le drainage. M. Tuffier vient d'opérer un cas de kyste hydatique rétro-vésical par le procédé de Bobroff. Ayant fait une incision hypogastrique, il a récliné la vessie à gauche et derrière elle a ponctionné le kyste. Après incision de la poche et évacuation du contenu, il a lavé les parois au sublimé. Puis l'ouverture du kyste fut refermée par un double surjet. Douze jours après, le malade quittait l'hôpital.

P. Rellay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 janvier. — Présidence de MM. Buisson et Landouzy.

M. Buisson, président sortant, passe en revue les différents travaux qui ont été présentés à la Société pendant l'année ; la puériculture, par M. Pinard ; l'année démographique en France, par M. Drouineau ; la visite médicale quotidienne des écoles primaires, par M. Mangenot ; la nécessité de la désinfection des locaux scolaires, par M. Bouloumié ; la salubrité des planchers, par M. Vallin ; la désinfection des véhicules ayant servi au transport en commun, par M. Lepage.

M. Landouzy, nouvellement élu président, prend place au fauteuil, et dans un discours élevé et précis montre tous les services que l'hygiène a pu rendre au pays, et insiste sur la nécessité de continuer les travaux relatifs aux sanatoria, étude si développée à l'étranger.

Etude de prophylaxie pratique de la diphtérie.

M. L. Martin. — Il s'agit d'une mission scientifique à Privat, où régnait une épidémie de diphtérie depuis plusieurs mois. A Privat l'épidémie durait depuis 18 mois : elle avait cessé pendant l'été pour recommencer en octobre. Les villages environnants ont présenté également des cas de diphtérie. Dans ces épidémies, les enfants ont été frappés en grand nombre : dans plusieurs familles, tous les enfants ont été pris, et souvent la moitié des enfants d'une même famille a succombé. Il y a eu 160 cas et jamais de croup ; c'étaient des angines malignes. Dans un village, sur 140 enfants, il y eut 37 diphtéries : on injecta préventivement la moitié des enfants non contaminés ; il n'y eut qu'une seule diphtérie dans ce nombre. Tandis que les enfants qui avaient refusé l'injection présentèrent 8 cas de diphtérie. Martha.

La Peste a Madagascar. — Le *Pei-Ho*, courrier de Madagascar, rapporte des renseignements sur l'état sanitaire de l'île ; la marche de l'épidémie est en décroissance. Les mesures de précaution pour éviter la propagation du mal sont rigoureusement observées. Le gouverneur général a prescrit à tous les chefs de poste de la ligne d'étapes d'arrêter tous les voyageurs et porteurs de bagages ou de marchandises, venant de la direction de Tamatave, de les installer dans un local isolé et de leur faire subir une période d'observation de huit jours. A l'expiration de cette période et si rien de suspect ne s'est manifesté dans la situation sanitaire des convois, ceux-ci seront remis en route, dans chaque poste, après désinfection des colis. A Tamatave, la moyenne des décès est de quatre par jour.

REVUE DE MÉDECINE

I.— Pronostic de l'appendicite ; par Rutherford Morison. (*Edinburgh Medical journal*, mars, avril, mai 1897.)

I. — L'auteur considère la délicate question du pronostic de l'appendicite. Peu d'affections donnent lieu à de telles difficultés pronostiques. Etant donné un cas d'appendicite, rien ne permet de prévoir quelle en sera l'issue. C'est cette raison qui sert d'appui aux chirurgiens qui préconisent l'intervention dès le début des accidents, aussitôt le diagnostic posé. Les praticiens qui ne partagent pas cette manière de voir proclament la fréquence des guérisons spontanées et objectent qu'une laparotomie n'est pas toujours sans danger.

Pour se faire une idée complète de la gravité de l'appendicite il faut considérer non seulement ses suites immédiates mais aussi ses suites éloignées. Un grand nombre de cas simples guérissent sous l'influence d'un traitement médical, dirigé avec *attention*. Faute de soins éclairés, tel cas simple se complique et devient mortel, parce qu'on aura négligé de soumettre le malade au repos absolu et de lui défendre l'usage des purgatifs. Il ne faut pas croire la guérison complète, quand les accidents aigus ont pris fin : la persistance du moindre symptôme, endolorissement du ventre, dyspepsie, malaise, est significative et doit faire craindre un réveil de l'affection. Le malade n'est jamais à l'abri d'une nouvelle attaque. On tend à admettre que celle-ci est plus bénigne que la première. Cela est vrai le plus souvent, mais on peut voir aussi le contraire et une seconde attaque causer la mort par péritonite.

Après plusieurs attaques, il y moins à craindre ; il est rare alors de voir se former un abcès ou se déclarer une péritonite. La raison en est dans la formation d'adhérences autour de l'appendice, dont les parois se sclérosent aussi.

Il est donc vrai de dire que chaque nouvelle attaque tend à devenir de moins en moins grave ; mais là encore rien d'absolu, et plusieurs faits viennent prouver le contraire. Tel est le cas d'une vieille femme qui avait eu à l'âge de 36 ans une attaque très nette d'appendicite et qui trente ans plus tard meurt d'appendicite avec septicémie généralisée.

Quel est le pronostic dans les cas d'abcès enkystés? Il est subordonné à bien des conditions anatomo-pathologiques, contenu de l'appendice, sa position, siège de la perforation, degré des adhérences. Même dans cette forme, les cas de guérison spontanée sont nombreux, soit que le pus se résorbe, soit qu'il passe dans un organe voisin. C'est le plus souvent dans le cæcum que l'abcès vient s'ouvrir ; dans ces cas l'intestin cède à la pression du pus, qui n'a pu rompre les adhérences. C'est là un mode de guérison assez fréquent. Dans un cas, observé par l'auteur, l'ouverture se fit dans la vessie. L'ouverture de l'abcès à la paroi de l'abdomen, fréquemment observée autrefois, donne lieu à une fistule stercorale, qui se ferme en quelques jours ; dans un cas, l'auteur l'a vue persister 5 mois. Mais la voie naturelle vers laquelle tend à progresser le pus, c'est le péritoine. L'ouverture peut s'y faire brusquement, comme dans le cas d'un jeune homme souffrant depuis huit jours d'une appendicite, qui ressent soudain une douleur déchirante et meurt dans le collapsus ; à l'autopsie, on trouve un abcès iliaque ouvert ; le pus remplissait le bassin, où il avait dû pénétrer récemment, car l'intestin était normal dans cette région. Il est souvent difficile même à l'opération, de savoir si la péritonite est partielle ou diffuse. La tension du pus est un bon signe de l'enkystement. Parmi les signes capables de révéler l'extension de la péritonite, la faiblesse du pouls est un des meilleurs. L'auteur donne aussi une grande valeur à l'augmentation de volume de l'abdomen et conseille de mesurer la circonférence du ventre au niveau de l'ombilic.

Le pronostic est absolument fatal dans les cas d'appendicite perforante avec péritonite généralisée ; on a alors le tableau d'une *agonie aiguë* ; l'opération, pratiquée en pareil cas, a souvent pour effet de précipiter la terminaison fatale.

Les cas de péritonite les plus graves sont ceux où un abcès

s'ouvre dans le péritoine. Dans les formes de péritonite septique, le malade meurt intoxiqué, sans que le péritoine ait le temps de suppurer. S'il survit, c'est que le péritoine peut se défendre et qu'il s'agit d'une infection moins virulente. C'est en effet dans la nature de l'infection, plus que dans le degré des lésions, qu'il faut chercher la cause de la mort. La gravité des accidents est subordonnée à la virulence du pus. L'association du bacterium coli et du streptocoque constitue le maximum de virulence microbienne.

Etant données les hésitations du pronostic, il est impossible de formuler un traitement qui réponde à tous les cas. Il faut se laisser guider par les accidents que présente chaque cas particulier. Appelé auprès d'un malade atteint d'appendicite, le médecin doit chercher d'abord à calmer les douleurs; il ne faut pas craindre de recourir à la morphine; le malade en réclame, et si on la lui refuse, un autre la lui donnera. Le malade doit reposer sur un bon lit et ne faire aucun effort; il ne doit pas se lever pour aller à la selle.

Faire des applications chaudes. Eviter les sangsues. Proscrire les purgatifs, qui ne peuvent qu'aggraver un cas sérieux; quant aux cas, qui ont été améliorés par une purgation, ils auraient guéri sans cela. Au bout de 12 heures, l'effet de la morphine s'est épuisé, et l'on peut faire une seconde injection. Mais il faut surveiller les symptômes et ne pas s'écarter d'une diète sévère.

Au quatrième jour, suspendre l'opium et administrer un lavement. Telle doit être la conduite à tenir en présence d'un cas qui s'annonce dès le début comme favorable.

Si l'état général s'aggrave, la question de l'opération se pose. En présence d'un abcès enkysté, il faut opérer au plus tôt, à cause des dangers que présente ici l'expectation.

On doit toujours chercher à enlever l'appendice, à moins que son ablation nécessite la déchirure d'adhérences protectrices. P. Rellay.

II. — De la rubéole : par Léonard Guthrie. (*Treatment*, septembre 1898, p. 385.)

II. — L'auteur décrit longuement cette affection et oppose ses caractères à ceux des autres fièvres éruptives. La rubéole est, en effet, une fièvre éruptive *spécifique*, caractérisée par une longue incubation, de courts prodromes, une éruption de taches rosées de courte durée et un peu d'angine. La période d'incubation varie, selon les différents auteurs, entre sept et trente jours. Dans la rougeole, elle est de sept jours quand la contagion se fait par le mucus nasal; elle est de douze ou quatorze jours quand la contagion s'opère autrement. Dans la scarlatine, incubation beaucoup moins longue, six jours, parfois deux jours. Les prodromes manquent souvent; parfois une sensation de malaise et de courbature précède l'éruption. Le plus souvent le sujet ne se sent pas malade; tout se borne à l'éruption; un peu de mal de gorge, une légère fatigue, c'est tout. Dans sa forme plus grave, la rubéole s'accompagne d'une angine assez forte et d'une laryngite marquée par de l'enrouement et des quintes de toux croupale. L'éruption affecte deux formes, qui rappellent, l'une la rougeole, l'autre la scarlatine. La variété morbilliforme est plus fréquente : éruption discrète de taches rouges, s'effaçant à la pression; débuta derrière les oreilles, autour du nez, de la bouche; s'étend ensuite au tronc et aux membres. Dans la variété scarlatiniforme, l'éruption recouvre le corps entier en quelques heures. Le diagnostic est ici très difficile avec la scarlatine. La première variété se distingue plus facilement de la rougeole, car les papules se montrent plus tôt et disparaissent plus tard que dans la rougeole; en outre, elles ne présentent pas un groupement en croissant.

Comme symptômes accessoires, on peut observer du catarrhe laryngé et bronchique avec quintes de toux. Trousseau, opposant la rubéole à la rougeole, dit que dans la première on n'observe ni catarrhe conjonctival, ni coryza, ni toux; cela est vrai dans les formes bénignes.

Enfin, dernier caractère, la rubéole ne confère pas l'immunité contre la rougeole et la scarlatine; c'est en raison de ce seul fait que plusieurs auteurs proclament sa spécificité. Ce n'est pas là, dit Guthrie, un critérium suffisant; la loi d'immunité souffre, en effet, trop d'exceptions pour qu'on puisse conclure à la spécificité de la rubéole, de ce que le sujet contracte plus tard la rougeole ou la scarlatine. P. Rellay.

III. — Tétanie et ostéopathies au cours de la dilatation d'estomac ; par Robert Prefle. (*Medicine Detroit*, janvier 1898.)

III. — L'auteur a observé un sujet atteint de dilatation stomacale avec état cachectique assez prononcé, qui a présenté une crise très nette de tétanie, caractérisée par des contractures spasmodiques des muscles du bras, de l'avant-bras et de la main, et la contracture des masséters. Cependant, on nota l'absence des signes de Chvostek et de Trousseau. Cette crise tétanique dura six heures. C'est là un accident qui n'est pas rare dans les affections des voies digestives. Kussmaul le premier a signalé son existence dans l'ectasie gastrique. Sa pathogénie a donné lieu à des théories nombreuses : s'agit-il de troubles nerveux réflexes ou d'un syndrome infectieux ou toxique ? La théorie de l'auto-intoxication est aujourd'hui la plus en faveur. On sait que l'extirpation du corps thyroïde est souvent suivie d'accidents tétaniques; il est permis d'en conclure que ces accidents sont causés par des poisons fabriqués par l'organisme, poisons que la glande thyroïde serait destinée à détruire. On a recherché dans le contenu de l'estomac normal ou dilaté s'il y avait des substances capables de déterminer expérimentalement la tétanie, mais ces recherches n'ont encore donné aucun résultat précis.

Le malade observé par l'auteur présentait en même temps des déformations des doigts, identiques en tous points à celles décrites par Marie sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Les doigts étaient déformés en forme de spatule et la radiographie rend évidente l'hypertrophie des têtes phalangiennes.

C'est surtout dans la dilatation des bronches et dans les bronchites fétides qu'on observe cette lésion; il s'agit encore ici d'une auto-intoxication qui a son point de départ dans les produits de sécrétion des bronches plus ou moins putréfiés. L'action de ces toxines est comparable à celle exercée par le phosphore sur l'os et le cartilage.

Dans le cas particulier, la lésion osseuse résulte de l'intoxication gastrique; c'est d'ailleurs le seul cas de dilatation de l'estomac où cet accident soit signalé. P. Rellay.

IV. — La température dans l'endocardite, par Lander Brunton. (*Edinburgh medical Journal*, mai 1897.)

IV. — L'auteur, après quelques considérations intéressantes sur la nature de l'endocardite, en décrit la symptomatologie et insiste sur les difficultés de son diagnostic. Il accorde une grande valeur séméiologique au tracé thermique et pose en principe que le thermomètre est tout aussi utile que le stéthoscope comme moyen de diagnostic dans l'endocardite ulcéreuse. Mais il importe de prendre la température plusieurs fois dans la journée, pour déceler les accès qui sont souvent passagers. Un enfant, observé par l'auteur, présentait, comme seuls signes d'endocardite, un souffle systolique mitral et un accès fébrile dans la journée, alors que la température était normale matin et soir. Aussi, en l'absence de suppuration ou de malaria, faut-il penser à l'appendicite quand un sujet présente des accès fébriles. C'est aussi la courbe thermique qui permet de différencier l'endocardite ulcéreuse de la fièvre typhoïde, qui lui ressemble beaucoup.

Malgré tout, l'endocardite peut donner lieu à des formes cliniques impossibles à reconnaître. L'auteur a observé un vieillard de 65 ans présentant une tumeur de l'abdomen dure, bosselée, faisant saillie dans l'hypocondre gauche, avec cachexie progressive; on avait lieu de penser à une tumeur maligne. On entendait à l'aorte un souffle systolique. A l'autopsie, on constata que la tumeur n'était autre que la rate remplie d'infarctus partis de l'aorte, dont les valvules sigmoïdes présentaient des lésions d'endocardite. Le traitement de l'endocardite aiguë doit avoir pour but de réaliser l'antisepsie générale; l'auteur conseille le benzoate de soude.

P. Rellay.

V. — **De l'acromégalie**; par Guy Hinsdale. (*Medicine Detroit*, juin, juillet, août 1898.)

V. — C'est une monographie très complète de la question que publie M. Guy Hinsdale : historique, symptomatologie, diagnostic y sont exposés en détail; les théories pathogéniques, si nombreuses, y sont toutes passées en revue. Les symptômes sont divisés en objectifs et subjectifs. Les principaux signes objectifs se résument en une augmentation de volume des extrémités : mains, pieds, face, nez, langue; le crâne grossit par suite de l'élargissement des sinus frontaux; il existe souvent une cyphose cervico-dorsale.

Les symptômes subjectifs consistent en céphalalgies très pénibles, aménorrhée, troubles digestifs, dépression psychique, troubles de la vue, tels que exophtalmie, hémianopsie, cécité. La marche de l'affection est lente et présente deux phases, l'une d'éréthisme, l'autre de cachexie. Ce qui caractérise l'affection anatomiquement, ce sont les lésions de la glande pituitaire; celle-ci est hypertrophiée, creuse la selle turcique, comprime les vaisseaux et nerfs voisins, sinus caverneux, nerfs des troisième, quatrième, cinquième paires, nerf optique.

Parmi les théories pathogéniques, la plus en faveur est la théorie hypophysaire (Marie) : l'acromégalie serait une dystrophie toxique due à l'altération de la glande pituitaire, comme le myxœdème résulte d'altérations thyroïdiennes. Ces deux organes, corps thyroïde et corps pituitaire, semblent d'ailleurs liés par des rapports étroits.

L'auteur termine par une intéressante discussion sur la façon dont on doit comprendre les rapports qui existent entre l'acromégalie et le gigantisme. Les recherches faites sur les squelettes de géants ont montré que la fosse pituitaire était souvent énorme, ce qui a porté plusieurs auteurs à conclure que le gigantisme rentre dans le cadre de l'acromégalie. L'auteur pense, avec Virchow, qu'il convient de faire une distinction entre le gigantisme total et le gigantisme partiel qu'on observe dans l'acromégalie. P. Rellay.

REVUE DES MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Rédacteur spécial : M. le Dr BARATOUX.

I. — **Un corps étranger dans le larynx**; par Ernst Ehrnrooth. (*Finska Lakaresallhafuts Handlingar*, déc. 1898.)

I. — L'auteur communique un cas d'un corps étranger dans le larynx, remarquable par la difficulté de faire une diagnose exacte.

Fille de 10 mois envoyée par le médecin traitant à l'hôpital le 25 juillet 1898, sous la diagnose : « Probablement croup. » Après avoir toussé quelques jours, l'enfant était tombée gravement malade le 1er juillet avec respiration striduleuse, toux, vomissements et malaise général.

Elle a une constitution vigoureuse et un bon état de nutrition, mais elle est gravement affectée. La température est de 38° C. Les lèvres cyanotiques. Le cri enroué. La respiration striduleuse. Les muscles inspirateurs très forcés. La toux cause des attaques de suffocation. Fréquence de respiration 42 par minute. La gorge rougissante. Sur chaque poumon on entend des bruits humoriques. Pouls 135.

A cause des symptômes du croup on fait une injection au sérum antidiphtérique et on place l'enfant dans une tente à vapeur. Le 26 juillet mêmes symptômes. Temp. 39° C. Bacilles de Lœffler ne sont pas constatés avec certitude. Le 27 juillet. Souffle tubaire sur le poumon droit et bruits humoriques nombreux des deux côtés. En touchant la gorge, il n'y a rien d'anormal. Mort le 27, à 11 h. 1/2 le soir.

Autopsie : pneumonie aiguë dans le lobe inférieur et médian du poumon droit. Des foyers bronchopneumoniques dispersés dans le lobe inférieur du poumon gauche. Dans la région sous-glottique du larynx on trouve une arête longue de 1 c., 5. et large de 0 c.,5. Les cordes vocales un peu œdémateuses. Après un examen minutieux on a constaté que l'enfant, le jour du commencement de son affection, avait mangé du poisson. L'enfant était gardée et nourrie par une vieille femme à vue faible, pendant que la mère, qui n'était pas mariée, était occupée dans un établissement industriel.

II. — **De l'intervention chirurgicale dans les cancers du larynx**; par Pedro Moralès. (Thèse de Paris, 1898.)

II. — A l'occasion d'une opération de laryngectomie totale sans trachéotomie préalable, M. Moralès a cherché à exposer l'état de la question du traitement opératoire des cancers du larynx. La seule opération personnelle qu'il rapporte a trait à un malade atteint d'un cancer développé principalement aux dépens de la partie gauche de la région glottique. Quelques jours après l'intervention, la trachée fixée par des points de suture à la peau de la fourchette sternale s'est rétractée entraînant les fils à sa suite : la mort est survenue par asphyxie mécanique et par bronchopneumonie. Même accident était déjà survenu chez un malade de M. Périer, qui préconise ce procédé. Chez un autre patient de ce dernier chirurgien, quelques jours après l'opération, on constate que la trachée a une tendance à descendre et entraîne les bords de la peau qui font soupape.

Malgré les courtes recherches bibliographiques, l'auteur conclut que la laryngectomie totale est devenue, grâce au procédé de M. Périer, une opération facile. Son indication est formelle dans le cas de cancer extrinsèque; elle semble discutable ceux de cancer intrinsèque. *La rétraction et la chute de la trachée dans le médiastin* est une complication qui peut survenir les jours suivant l'intervention.

Pour les cas de cancer intrinsèque, la laryngectomie doit être précédée d'une laryngotomie exploratrice. Il faut s'en tenir à la laryngotomie et à l'extirpation pure et simple de la tumeur, quand l'extirpation sera jugée possible. En somme, il faut reculer les limites de la laryngotomie et restreindre celles de la laryngectomie en cas de cancer intrinsèque du larynx.

III. — **The advantages of the Trendelenburg posture during all operations involving directly or indirectly the cavities of the mouth, nose and the trachea with a Report of two cases of epithelioma and sarcoma of the tonsil**; par W.-W. Keen. (*Annals of Surgery*, july 1897.)

III. — L'auteur désire appeler l'attention sur les avantages qu'offre la position de Trendelenburg pour les opérations sur les amygdales et les végétations adénoïdes, et surtout pour l'ablation des tumeurs du pharynx, du naso-pharynx, de la langue et des lèvres, du nez, du bec de lièvre, de la fissure du palais, etc. Le malade est incliné suivant un angle de 35° à 40°. On évite ainsi les dangers d'une pneumonie consécutive et on peut se passer de la trachéotomie préalable. De cette façon on peut même administrer le chloroforme au moyen d'un peu de coton porté sur une pince à anneau. Autre avantage de cette méthode, on peut voir facilement l'intérieur de la bouche, au besoin l'emploi de l'éclairage électrique est d'un grand secours. Enfin on évite que le sang ne vienne faire irruption sur la bouche de l'opérateur et interrompre ainsi l'opération.

IV. — **Trois cas de chirurgie du larynx.** *a*) **Epithelioma pavimenteux des cordes vocales** *b*) **des angiomes intralaryngés.** *c*) **Laryngocèle**; par J. Pantaloni (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1897, septembre.)

IV. — *a*) L'opération fut faite en trois temps : trachéotomie préalable, puis thyroïtomie, et enfin suture. La trachéotomie préliminaire fut rendue un peu complexe par l'ossification de la trachée, le malade étant âgé de 55 ans. Il fut impossible d'introduire d'emblée la canule de Trendelenburg sans réséquer un peu des anneaux de la trachée. Puis, après l'ablation des parties malades, une hémorragie abondante se produisit, ce qui nécessita la réouverture de la plaie à sa partie supérieure pour lier deux veines volumineuses coupées au thermocautère.

b) L'opération eut lieu par voie extralaryngée, contrairement au procédé habituel. Après trachéotomie préalable, M. Pantaloni pratiqua la thyrotomie.

c) Il s'agit d'une laryngocèle par rupture de la membrane thyro-hyoïdienne et hernie de la muqueuse supra-glottique à la suite d'effort musculaire chez un boulanger. La tumeur fut extirpée complètement.

V. — Cas de prolapsus double du ventricule de Morgagni guéri par l'ablation; par Lichtwitz. — (Soc. de Laryngologie de Paris, juillet 1898.)

V. — Cette affection consiste en une hyperplasie circonscrite de la muqueuse du ventricule qui se présente sous la forme d'un bourrelet au niveau de l'orifice ventriculaire. Cette affection est plus fréquente que ne l'ont cru B. Fränkel, qui n'en cite qu'une trentaine de cas, et O'Chiari qui n'a pu en réunir qu'une quarantaine environ.

Le premier degré de cette affection a été décrit par H. Störk sous le nom d'affection catarrahale du ventricule de Morgagni, qu'on observe surtout chez les chanteurs. Le deuxième degré se présente sous forme de bourrelet nettement séparé de la bande ventriculaire et recouvrant en partie la corde vocale. A un troisième degré, le prolapsus fait saillie entre les cordes, simulant un volumineux polype. Le seul moyen de se débarrasser de cette affection est d'enlever les parties saillantes à la pince coupante.

VI. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles, par A. Castex. — (Paris, Baillère, 1899.)

VI. — L'auteur s'occupe d'abord des maladies du pharynx, puis de celles du larynx : moyens d'exploration, laryngites aiguës et chroniques, nodules vocaux et maladies de la voix, névroses, tuberculose, lupus, syphilis, tumeurs; affections de la trachée.

Dans la partie suivante M. Castex étudie la rhinoscopie, le toucher rhino-pharyngien, les difformités du nez, les rhinites, l'épistaxis, la syphilis, la tuberculose, la lèpre, la sclérose, les tumeurs, les corps étrangers, les calculs, les parasites, les fractures, les troubles de l'odorat, les végétations adénoïdes et les affections des sinus.

Enfin dans un dernier chapitre consacré aux maladies de l'oreille, les affections des diverses parties de cet organe sont passées tour à tour en revue. Un chapitre est consacré aux infections otiques, aux suppurations.

VII. — Sur le pseudo-parasitisme des myriapodes chez l'homme; par Raphaël Blanchard. (*Arch. de Parasitologie*, 1898, t. I, n° 3, p. 452.)

VII. — M. Blanchard a fait une étude intéressante sur les myriapodes qui vivent chez l'homme à l'état de pseudo-parasites siégeant soit dans les fosses nasales, soit dans le tube digestif; le premier cas est de beaucoup le plus fréquent. L'auteur a pu recueillir 27 observations dont 6 observations nouvelles dues à MM. Baratoux, Barrois, Bavay, C. Chauveau et Munoz Ramos. Les différentes espèces trouvées appartiennent au *Geophilus carpophagus*, au *G. electricus*, *G. similis*, *G. cephalicus* et au *Lithobius forficatus*, ce dernier dans deux cas seulement. En général, ces myriapodes s'introduisent dans l'organisme par la bouche avec des fruits, du cresson, ils passent dans le pharynx, dans les fosses nasales, puis s'enfoncent quelquefois, soit dans le sinus maxillaire, soit dans le sinus frontal.

Le malade a la sensation d'un corps étranger, il éprouve du fourmillement ou des chatouillements, des démangeaisons, du prurit, provoquant des éternuements grâce auxquels le parasite peut être expulsé. Dans le cas contraire, il fait un séjour prolongé dans les fosses nasales où il détermine une sensation de chaleur et de sécheresse des fosses nasales, un écoulement purulent noir et mêlé de sang, l'abolition de l'odorat, de la céphalalgie assez violente pour causer des insomnies persistantes. La douleur siège principalement à la partie inférieure du front et à la racine du nez ; elle peut s'étendre vers l'oreille, les dents, la tempe, l'œil, etc. Ces accidents amènent parfois une irritabilité nerveuse voisine de la folie, des accès de délire, des vertiges, des convulsions, la perte de la parole, la contraction spasmodique des mâchoires, des bourdonnements, de la dyspnée, des accès de toux, du larmoiement, des troubles de la vision, des nausées et des vomissements.

L'animal est expulsé soit en se mouchant, soit en éternuant, quelquefois il peut spontanément sortir par la bouche dans un accès de toux. Parfois on est obligé d'avoir recours à l'usage de liquides volatils et odorants ou à l'emploi des douches nasales. Dans un cas on a dû recourir à l'ouverture du sinus frontal et du sinus maxillaire.

VIII. — De l'extirpation rapide des pseudo-polypes naso-pharyngiens; par Lichtwitz. (Soc. de Lar. de Paris, 1898.)

VIII. — Il s'agit des tumeurs fibreuses ou fibro-muqueuses du naso-pharynx qui s'implantent sur la voûte pharyngée, sur les choanes ou sur tout autre point de la partie postérieure des fosses nasales, au moyen d'un pédicule mince et fibreux. Le terme de pseudo-polype naso-pharyngien a été employé tout d'abord par Bensch.

Il est difficile d'employer l'anse galvanique, et même l'anse froide qu'on ne réussit pas toujours à appliquer.

L'auteur conseille l'emploi du crochet de Lange par la voie nasale, l'usage de la pince rétro-nasale.

Nota. — Nous avons déjà conseillé depuis longtemps l'usage d'un couteau galvanique en forme de serpette, dont on se sert comme de crochet de Lange.

IX. — Traitement chirurgical de l'otite chronique sèche par l'évidement pétro-mastoïdien avec tubage de l'oreille moyenne; par Malherbe. (Acad. méd., 1898, oct.)

IX. — Ce traitement déjà employé par quelques auteurs pour remédier à la surdité occasionnée par l'otite sèche, a été modifié par le Dr Malherbe qui se basant sur une idée spéciale de la physiologie sensorielle, cherche à rétablir l'équilibre de la pression intra-tympanique au moyen d'un petit tube de celluloïd incurvé en forme d'U dont il place l'une des extrémités dans l'antre, tandis que l'autre sort dans le conduit auditif à travers une ouverture faite dans sa paroi postérieure, à la jonction du conduit membraneux avec le conduit osseux. La concavité du tube se met à cheval sur le bord antérieur de l'apophyse mastoïde. J. Baratoux.

REVUE DE MICROBIOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr RAMON.

I. — Etude sur les parasites de la malaria; par Haus Ziemann. (1 vol. in-18, Iéna, 1898.)

I. — Depuis la découverte de Laveran, nombreuses ont été les recherches destinées à élucider la biologie de l'hématozoaire. Avec Laveran et la plupart des auteurs français et anglais, on n'admet qu'une seule espèce de parasite, subissant des modifications morphologiques bien connues, et pouvant réaliser les infections paludéennes les plus diverses. Telle n'est pas l'opinion des savants italiens et de beaucoup de savants allemands.

D'après Golgi il existerait deux variétés d'hématozoaire, l'un produisant la tierce, l'autre la quarte, la quotidienne ressortant de l'une ou de l'autre, suivant le cas (tertiana duplicata, quartana triplicata de Golgi). Marchiafava et Bignami, Maneberg, vont plus loin et admettent l'existence d'une troisième variété d'hématozoaire, spéciale aux formes malignes de la malaria. C'est de lui seul que dériveraient dans certaines conditions, les corps falciformes ou en croissant. Enfin ces corps en croissant, les corps sphériques libres et même flagellés ne posséderaient aucune propriété reproductive.

Ziemann adopte cette conception dans ses grandes lignes; mais y ajoute quelques considérations du plus grand intérêt. Au cours de ses recherches, portant sur un grand nombre de cas, le sang a été fixé sur lames, soit par l'immersion successive pendant deux heures dans la solution de Manneberg et dans l'alcool absolu, soit par l'action de la chaleur sèche (105° C) pendant une demi-heure.

La coloration se fait à l'aide de l'hématoxylène alunée et de l'éosine (Manneberg), ou bien du mélange suivant :

Solution aqueuse à 1 0/0 de bleu de méthylène. 10 gr.
— à 0,1 0/0 d'éosine. . . . . . 60 —

L'érythrosine peut remplacer au besoin l'éosine. Les solutions de bleu de méthylène, non filtrées et soigneusement décantées, sont préférables aux solutions filtrées.

Quelle que soit l'espèce d'hématozoaire considérée, l'évolution en est toujours uniforme. On aperçoit tout d'abord dans l'hématie un corpuscule de 2 μ de diamètre environ ; et qui ne tarde pas à augmenter de volume. Bientôt, grâce aux réactifs colorants on distingue une partie centrale colorée en rouge, très ténue, c'est la substance chromatique, considérée par

certains comme une formation nucléaire, et une partie périphérique, colorée en bleu et répondant au protoplasma. Tout autour de la chromatine il existe une zone transparente ou zone achromatique de Ziemann.

Lorsque le parasite atteint tout son développement, et occupe la presque totalité de l'hématie, la substance chromatique se divise en plusieurs fragments; chacun de ceux-ci s'entoure d'une zone achromatique et d'une bande de protoplasma. Puis, l'hématie détruite, chacune de ces nouvelles formations, mise ainsi en liberté, constitue un jeune parasite, apte à infecter d'autres globules sanguins.

L'évolution de l'hématozoaire de la tierce dure deux jours; celui de la quarte, trois jours. Ce dernier, dès les premières heures de son développement, se présente sous forme ronde ou ovale, sans pigment dans son intérieur. L'hématozoaire de la tierce a un protoplasma plus foncé, mieux délimité; la substance chromatique se fragmente déjà, la zone achromatique est plus apparente; le pigment est assez abondant. Dès la 16e heure le parasite occupe le tiers de l'hématie, la substance chromatique est divisée en 2 ou 3 morceaux, le pigment est très abondant; enfin l'hématie infectée est hypertrophiée, ce qui ne se produit pas pour l'hématie contenant l'hématozoaire de la fièvre quarte.

La différence s'accentue entre ces deux formes, dans les heures qui suivent; et Ziemann consacre à cette étude un long chapitre destiné à faire ressortir les particularités morphologiques ou biologiques de chacun des deux parasites.

L'hématozoaire des fièvres malignes semble être le même que celui de la fièvre estivo-automnale des auteurs italiens; il est plus petit que les parasites déjà étudiés; son protoplasma présente des contours plus nets; la substance chromatique se rencontre surtout aux extrémités, et le plus souvent sous forme de bâtonnets. Il n'est pas rare de voir plusieurs parasites inclus dans le même globule. Tout comme dans la fièvre quarte le globule ne subit ici aucune hypertrophie; mais sa coloration est plus sombre; et l'on remarque souvent à sa surface comme une cassure brillante, que l'on ne rencontre pas dans les formes bénignes de la malaria.

La maturation de ce parasite ne se fait pas dans le sang circulant, mais exclusivement dans les organes, la rate et la moelle osseuse en particulier.

Tous ces hématozoaires subissent sous certaines influences, diverses modifications; après la mort du paludique, ils deviennent immobiles, le protoplasma se fragmente, la chromatine se dispose en amas arrondis, tout autour des dépôts pigmentaires. Ingérés par les sangsues, ils ne tardent pas à succomber l'hématozoaire de la tierce en 24 heures, celui de la quarte ou des formes malignes en 3 jours. Pareille constation plaide peu en faveur de l'opinion soutenue par Mauron, et qui prête aux moustiques un rôle important dans la dissémination du virus palustre. L'action de certains médicaments (phénocolle, bleu de méthylène) sur l'hématozoaire inclus dans l'hématie est nulle ou insignifiante. Seule la quinine amène une rapide fragmentation du protoplasma.

L'auteur termine son important travail par une étude complète d'autres hématozoaires que l'on rencontre communément dans le sang des ruminants atteints de la fièvre du Texas, dans le sang de certains oiseaux ou d'animaux à sang froid.

II. — Note sur quatre microbes, rappelant le bacille d'Eberth rencontrés dans la vase des eaux de la Tamise; par Houston. (*Cent. f. Takt. u. Infekt.*, 1898, N° 14.)

II. — Au cours de l'analyse bactériologique des eaux et des vases de la Tamise, Houston a isolé quatre échantillons de bacilles éberthiformes. Deux de ces bacilles rappelaient absolument, par leurs divers caractères de culture et leur aspect, le bacille typhique. Les 2 autres donnaient au bouillon des traces d'indol; mais ils ne coagulaient pas le lait et ne faisaient point fermenter les milieux sucrés. Aucun de ces quatre échantillons cependant ne subissait la réaction de Widal. Ces recherches montrent combien il faut être réservé dans l'appréciation des microbes rencontrés dans les eaux. Nul doute que ces divers échantillons n'eussent été confondus avec le bacille d'Eberth avant les découvertes de Pfeiffer et de Widal.

F. Ramon.

III. — Sur la virulence du bacille de Lœffler par rapport à sa morphologie; par L. Concetti et G. Memmo. (*Annali d'Igiene sperimentale*, 1898, fasc. I.)

III. — Depuis les recherches de L. Martin (1892), on distingue trois formes de bacilles de Lœffler, les formes courte, longue et moyenne; et beaucoup cliniciens ont prétendu que les angines graves dépendaient du bacille long, tandis que les bacilles moyens et courts ne semblaient être que les agents des diphthéries bénignes. C'est contre une pareille interprétation que s'élèvent L. Concetti et G. Memmo; d'après leurs recherches, ne portant il est vrai que sur 21 cas, il n'y aurait pas de rapport absolu entre la virulence et la grandeur du microbe. Si en effet on examine la toxicité des filtrats de culture de 30 jours, par l'injection sous-cutanée de doses variables à des cobayes adultes, on constate des résultats divers, et nullement en rapport avec la forme du microbe producteur de la toxine. Ainsi il suffit parfois de 0 cc.,002 de toxine, provenant d'un bacille court, pour tuer un gramme de matière vivante, alors que la toxine sécrétée par un bacille long ne tue qu'à la dose de 0 cc.,006 et même 0 cc.,03, et inversement. En conséquence, de la forme bacillaire on ne peut conclure nullement à la plus ou moins grande gravité de la maladie; et toutes les fois que l'on constatera dans la gorge d'un angineux un bacille de Lœffler, de diamètre quelconque, il sera indispensable d'instituer le traitement par le sérum. Ramon.

VARIA

Les Eaux de source à Paris.

Le XVIIe arrondissement de Paris est alimenté depuis plusieurs jours d'une eau trouble qui cependant est qualifiée d'eau de source par le service administratif des Eaux. Cette eau provient de la captation récente des sources de la Vigne et du Verneuil dans l'Eure-et-Loir, sources qui émanent de la petite rivière de l'Avre, qui disparaît à quelques distances dans les fissures du sol. L'altération de ces eaux coïncide avec une recrudescence de la fièvre typhoïde dans le XVIIe arrondissement dont les habitants protestent. Voici ce qu'écrit dans le *Temps* un de ses rédacteurs habitant cet arrondissement :

« L'eau qui nous arrive a pris une teinte jaunâtre assez accentuée. Ce n'est pas le cas, paraît-il, dans toutes les maisons, mais c'est le cas dans celle où je demeure. Carafes et pots à eau présentent depuis trois semaines au moins un aspect très peu engageant.

« La première pensée qui nous est venue a été qu'un accident quelconque avait déterminé la contamination de notre eau de source par l'eau de Seine, et, tout en nous étonnant de ne pas voir d'affiches avertissant du fait, nous nous sommes mis à faire bouillir notre eau. »

En même temps les habitants du XVIIe arrondissement demandant une enquête, le Conseil municipal leur a donné satisfaction et une commission, sous la direction de M. Bompard, doit faire une enquête.

Nous reproduisons, à ce sujet, les intéressants renseignements que le *Journal des Débats* du 1er février public sur l'Avre et l'adduction de ses eaux à Paris.

« Au moment du captage des sources de la Vigne et du Verneuil, les membres des Conseils généraux des départements de l'Eure et de l'Eure-et-Loir firent de vaines protestations, affirmant que les prétendues sources de la vallée de l'Avre n'étaient que des nappes d'eau provenant de la perte de la rivière d'Avre dont l'eau, après s'être perdue dans des fissures du terrain calcaire, réapparaissait sous un nouveau nom. M. Feray, pharmacien d'Evreux, se livra même à cette époque à une curieuse expérience. Il versa aux pertes de l'Avre une certaine quantité de fluorescine et, le lendemain, les prétendues sources de la Vigne et du Verneuil laissaient couler des eaux teintes du plus beau vert. L'événement fut constaté officiellement; mais, malgré le rapport des hygiénistes, la commission d'études n'en tint pas compte et les ingénieurs passèrent outre.

« Enfin, le projet de loi déterminant les conditions de l'adduction de ces eaux à Paris ne permettait d'introduire que

1.280 litres d'eau à la seconde dans les conduites d'adduction. Croyant probablement bien faire, les ingénieurs établirent des conduites captant 3.000 mètres à la seconde et comme, en temps de sécheresse, le débit n'était pas suffisant pour opérer le refoulement vers Paris, ils amenèrent plusieurs drains, et, notamment, le petit ruisseau du Breuil pour augmenter l'adduction d'eau dite de source.

« Le Breuil, il faut bien le dire, est un ruisseau de petit débit, qui traverse la ville de Verneuil, à laquelle il sert, en quelque sorte, de tout à l'égout.

« Vers la fin de l'année 1897, les habitants de la vallée de l'Avre firent de justes plaintes au Ministre des travaux publics pour lui faire entendre que les ingénieurs de la Ville de Paris prenaient non pas 1.280 litres d'eau par seconde, ainsi que l'avait prescrit la loi, mais bien plus de 3.000, et que toute la région manquait d'eau.

« Il paraît que l'enquête administrative a donné raison aux habitants de la vallée de l'Avre, puisque M. Doniol, ingénieur en chef, a fait un rapport favorable et qu'actuellement on procède à la réfection de l'aqueduc pour en réduire le débit.

« Pour revenir aux seules qualités de cette eau de source, il est peut-être utile de rapporter un propos de M. Cadoux, maire de Tillières. Il paraît que pendant l'été dernier, au moment où les Parisiens manquaient d'eau de source, on vit venir de Paris, le 20 août 1898, des ingénieurs et des constructeurs qui, sans autre raison que leur bon vouloir, détournèrent les eaux de l'aqueduc et les firent couler dans une rivière voisine. Cette eau était alors tellement contaminée, qu'il devenait indispensable de l'épargner aux Parisiens.

« Autre chose. Quelques jours avant l'avis officiel de la Direction des Eaux, des ingénieurs, — ne dépendant pas de la préfecture de la Seine, bien entendu, — remarquèrent que les thermomètres placés par eux aux conduites servant l'eau de source sur la rive gauche passaient subitement de 14°, — température constante de l'eau de source servie en sous-sol, — à 18 et 19°. Ils adressèrent de justes réclamations aux ingénieurs de la Ville.

« On leur répondit que, par suite d'un accident, il avait été urgent de servir inopinément l'eau du drain de Saint-Maur dans des conduites d'eau de source. Or, en consultant les plans de la Ville de Paris, on remarque que l'eau du drain de Saint-Maur ne peut être amenée que dans les réservoirs de Ménilmontant et de Montmartre, et qu'il est matériellement impossible de la faire arriver dans les réservoirs desservant la rive gauche. L'eau, prétendue de source, n'était à ce moment que de la vulgaire eau de Seine. On n'en saurait faire grand grief aux ingénieurs de service des eaux. Il y avait eu un accident. Mais encore aurait-il été utile, pour l'hygiène publique, de prévenir la population pour qu'elle puisse prendre les précautions d'usage quand on lui sert de l'eau contaminée. Et c'est seulement quelques jours plus tard que l'on prévint les habitants de la rive gauche de la nécessité pour eux de faire bouillir leur eau. Que de maladies auraient pu être ainsi évitées!

« Le directeur et les ingénieurs du service des eaux ne sont évidemment pas maîtres de faire arriver à leur gré telle ou telle quantité d'eau de source nécessaire à la population; mais ils seraient bien coupables s'ils ne prévenaient pas en temps utile qu'ils substituent l'eau de rivière à l'eau de source. »

Médecins et Compagnies d'assurances en Belgique.

La Fédération médicale belge, qui est parvenue avec tant de succès à inspirer aux Sociétés de secours mutuels des tarifs raisonnables pour les Médecins belges, a pris des mesures analogues à l'égard des Compagnies d'assurances contre les accidents et sur la vie. Les dispositions suivantes ont été adoptées :

A. *Assurances-Accidents.* — 1° La Fédération médicale belge ne reconnait plus que les Sociétés d'assurances qui ont fait une convention avec elle ou avec chacun des cercles et syndicats affiliés; 2° les honoraires auxquels les Médecins auront droit pour soins donnés dans chaque cas, seront mentionnés dans un tarif annexé à la convention et que la Fédération aura à élaborer; 3° les nouvelles polices renseigneront formellement si le paiement de nos honoraires incombe à l'assureur ou au patron assuré; 4° tous les membres des Associations fédérées seront agréés par les Compagnies qui ont des assurés dans leur rayon d'action, tant pour délivrer les certificats que pour donner leurs soins aux blessés; 5° les Compagnies pourront, toutefois, conserver les Médecins inspecteurs qui auront à se conformer aux règles de la déontologie; 6° les honoraires pour certificats et consultations avec le Médecin inspecteur seront toujours à la charge de la Compagnie; 7° les membres des Sociétés affiliées ne délivreront plus de certificats aux Compagnies qui n'auront pas fait de convention avec la Fédération, à moins qu'ils n'y soient forcés par leurs fonctions de Médecin de l'usine assurée ; alors même ces certificats seront très laconiques et délivrés sur papier libre; 8° les positions acquises des Médecins agréés actuels seront conservées, s'ils le désirent, en ce qui concerne les polices en cours et seulement jusqu'à leur renouvellement.

B. *Assurances-Vie.* — 1° Les certificats pour assurances sur la vie, seront payés au tarif minimum de vingt francs, quel que soit le montant de l'assurance. Ce prix sera majoré de un franc par kilomètre de distance parcourue à l'aller et au retour et augmenté en cas d'examen bactériologique et d'analyse quantitative des éléments normaux ou anormaux de l'urine. 2° Les Sociétés d'assurances qui n'assurent que des sommes relativement faibles sur la vie des ouvriers et qui n'exigent qu'un rapport succinct ne payeront ce rapport que cinq francs au minimum; 3° les examens d'assurance à la Caisse d'épargne seront à la charge de celle-ci; les rapports, en raison des nombreux détails qu'ils exigent, seront payés dix francs et pourront être délivrés par tous les membres de la Fédération.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies du système nerveux. — M. GILLES DE LA TOURETTE. Policlinique le mercredi à 10 heures, hôpital Saint-Antoine, labotoire Axenfeld.

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

Gynécologie et chirurgie abdominale. — M. le Dr FOURNEL, lauréat de la Faculté, a commencé le mardi 17 janvier 1899, à 8 heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie et de chirurgie abdominale* ; il le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave LOISEL, le vendredi à 5 h. 1/2, rue de l'Estrapade, 18.

NÉCROLOGIE

M. le Dr G.-E. MERGIER.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Guillaume-Emile MERGIER, décédé à Laborderie-de-Rouffignac (Dordogne).

Né à Mauzens-et-Miramont le 20 juin 1862, il vint faire ses études médicales à Paris; la physique l'ayant plus particulièrement attiré, il se consacra à cette science et devint bientôt *préparateur de physique à la Faculté de Médecine de Paris.* Il publia même un Traité pratique de manipulations, pour lequel M. le Pr C.-M. Gariel voulut bien faire une préface.

Le Dr Mergier remporta le prix Barbier pour un de ses travaux de sciences physiques; il imagina aussi divers appareils de démonstrations, parmi lesquels nous citerons l'œil artificiel, un focomètre, etc.

Membre de la *Société française de physique*, il ne laissait passer aucune des expositions annuelles sans y envoyer quelques-unes de ses découvertes.

Enfin, il fut, pendant plusieurs années, professeur à l'*Association philotechnique* et remplit cette fonction avec un zèle et un dévouement dont ses élèves et ses collègues ont gardé le meilleur souvenir.

Les rayons X devaient nécessairement attirer ce travailleur; depuis quelques années, il ne s'occupait plus que de radios-

copie et de radiographie et M. Péan l'avait même attaché a Laboratoire d'électricité de son hôpital.

Malheureusement, une cruelle maladie s'abattit sur lui il y a deux ans et, malgré les soins dévoués de sa famille, il vient d'être ravi à la science, au moment où il allait recueillir le fruit de ses longs travaux.

Il s'était porté candidat au dernier concours d'agrégation (physique), pour la Faculté de Médecine de Paris ; la maladie ne lui a pas permis de se présenter à ce concours. L. N.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

L'abaisse-langue de Chapotot.

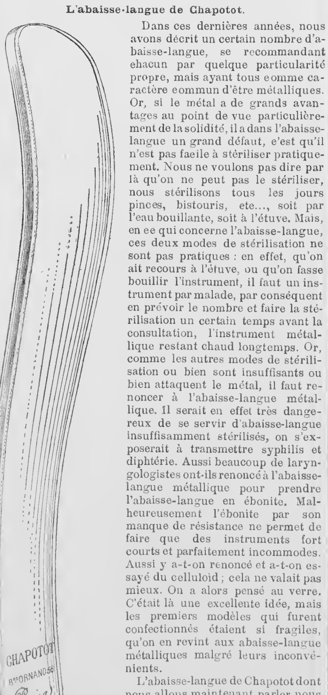


Fig. 4.

Dans ces dernières années, nous avons décrit un certain nombre d'abaisse-langue, se recommandant chacun par quelque particularité propre, mais ayant tous comme caractère commun d'être métalliques. Or, si le métal a de grands avantages au point de vue particulièrement de la solidité, il a dans l'abaisse-langue un grand défaut, c'est qu'il n'est pas facile à stériliser pratiquement. Nous ne voulons pas dire par là qu'on ne peut pas le stériliser, nous stérilisons tous les jours pinces, bistouris, etc..., soit par l'eau bouillante, soit à l'étuve. Mais, en ce qui concerne l'abaisse-langue, ces deux modes de stérilisation ne sont pas pratiques : en effet, qu'on ait recours à l'étuve, ou qu'on fasse bouillir l'instrument, il faut un instrument par malade, par conséquent en prévoir le nombre et faire la stérilisation un certain temps avant la consultation, l'instrument métallique restant chaud longtemps. Or, comme les autres modes de stérilisation ou bien sont insuffisants ou bien attaquent le métal, il faut renoncer à l'abaisse-langue métallique. Il serait en effet très dangereux de se servir d'abaisse-langue insuffisamment stérilisés, on s'exposerait à transmettre syphilis et diphtérie. Aussi beaucoup de laryngologistes ont-ils renoncé à l'abaisse-langue métallique pour prendre l'abaisse-langue en ébonite. Malheureusement l'ébonite par son manque de résistance ne permet de faire que des instruments fort courts et parfaitement incommodes. Aussi y a-t-on renoncé et a-t-on essayé du celluloid ; cela ne valait pas mieux. On a alors pensé au verre. C'était là une excellente idée, mais les premiers modèles qui furent confectionnés étaient si fragiles, qu'on en revint aux abaisse-langue métalliques malgré leurs inconvénients.

L'abaisse-langue de Chapotot dont nous allons maintenant parler nous parait devoir être rapidement adopté par les laryngologistes, car il est d'une très facile stérilisation. Il est en effet en cristal de Bohême, ce qui permet de le stériliser par le sublimé, le biiodure, etc... Il n'est pas fragile, car le cristal est résistant et son épaisseur est de cinq millimètres. Sa largeur est de trois centimètres à l'une de ses extrémités, et de vingt-deux millimètres à l'autre, de façon à ce qu'il puisse servir indifféremment pour les adultes et pour les enfants. On se rendra compte aisément de sa forme générale, en examinant la *figure* 4. Sa longueur est de vingt centimètres, aussi est-il d'un maniement facile ; en le tenant comme une plume à écrire, on abaisse la langue sans difficulté. Les bords en ayant été rodés avec soin, il n'y a nul danger de couper la langue ou de l'érailler. Enfin, grâce à la transparence du cristal, il est aisé de s'assurer que l'instrument est parfaitement propre.

FORMULES

XXII. — Elixir dentifrice.

Acide borique	25 grammes.
— phénique	1 —
Thymol	0 gr. 25 centigr.
Essence de menthe	X gouttes.
Teinture d'anis	10 grammes.
Eau distillée	1000 —
Cochenille	Q. S.

(Galippe et Dujardin-Beaumetz.)

XXIII — Poudre dentifrice.

Acide borique	2 gr. 50 centigr.
Chlorate de potasse	2 grammes.
Poudre de gaïac	1 gr. 50 centigr.
Craie préparée	ââ 4 grammes.
Carbonate de magnésie pulvérisée	ââ 4 grammes.
Essence de menthe	II gouttes.

(Legendre.)

XXIV. — Chlorodyne.

Remède populaire en Angleterre qui, d'après Martindale, serait composé de la manière suivante :

Chloroforme	60 cc.
Alcool rectifié	60 —
Mélasse	125 grammes.
Extrait fluide de mélisse	45 —
Chlorhydrate de morphine	2 gr. 50 centigr.
Sulfate d'atropine	0 — 6 —
Essence de menthe	0 — 50 —
Acide cyanhydrique à 1/100	18 cc.
Gomme adragante	1 gr. 25 centigr.

Eau distillée, Q. S. pour compléter 300 cc.

(Crinon, *Médicaments nouveaux.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 janv. au samedi 28 janv. 1899, les naissances ont été au nombre de 1.218, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 426, illégitimes, 181. Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 426, illégitimes, 185. Total, 611.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 janv. au samedi 28 janv. 1899, les décès ont été au nombre de 870, savoir : 445 hommes et 425 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 4, T. 7. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 2, T. 10. — Scarlatine : M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche : M. 6, F. 4, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 7, F. 5, T. 12. — Grippe : M. 4, F. 2, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 103, F. 88, T. 191. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 7, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 7, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 29, T. 47. — Méningite simple : M. 10, F. 4, T. 14. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 20, F. 16, T. 36. — Paralysie, M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 7, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 35, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 9, T. 17. — Bronchite chronique : M. 5, F. 18, T. 23. — Broncho-pneumonie : M. 19, F. 21, T. 40. — Pneumonie : M. 19, F. 14, T. 33. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 38, F. 19, T. 57. — Gastro-entérite, biberon : M. 7, F. 10, T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 9, F. 8, T. 17. —

Sénilité : M. 9, F. 15, T. 24. — Suicides : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres causes de mort : M. 67, F. 66, T. 133. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 19. Total : 47 — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 5. Total : 24.

Lauréats de la Faculté de Médecine de Paris. — La Faculté de Médecine de Paris vient de décerner ses prix pour l'année scolaire 1897-1898. Voici la liste des lauréats : MM. les Drs Angelesco, Arbois de Jubbainville, d'Avellar, Bachimont, Baillet, Baraduc, Barozzi, Bonnus, Bratiano, Brossel, Bureau, Paul Carnot, Chabry, Deyber, Ducroquet, Dufour, Duvernoy, Fouineau, Fournier, Funck-Brentano, Garin, Galca, Guinard, Guénarian, Hyenne, Jacob, Justin Jolly, Josué, Kuss, Labbé, Lapointe, Lévi, Lirugue, Lorrain, Mahu, Masson, Nass, Page-Pley, Portier, Posth, Rabé, Richaud, Robineau, Sersiron, Terrien, Vanverts, Vermorel, Villier, Weber.

Service de Santé de la Marine. — M. Pascalet, pharmacien principal du port de Cherbourg, est admis à la retraite. — A la suite du concours ouvert le 19 décembre 1898, MM. les docteurs en médecine dont les noms suivent ont été nommés médecins stagiaires à l'école d'application du service de santé militaire : MM. Lahaussois, Spindler, Delage, Furst, Pelegrin, Bénard, Briole. — Ont été nommés dans le corps de santé de la marine, les élèves sortant de l'Ecole de Bordeaux reçus docteurs le 18 janvier 1899 : A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : M. Thibault, affecté à Toulon; M. Violle, affecté au corps de santé des colonies. — Ont été nommés : A l'emploi de médecin auxiliaire des colonies : M. Faucheraud, docteur en médecine. — A l'emploi de pharmacien auxiliaire des colonies : MM. Lefebvre, Bonnot.

Service de Santé militaire. — M. le médecin aide-major de 1re classe Auguin, du 20e régiment de chasseurs à cheval, désigné pour le 151e régiment d'infanterie, est maintenu au 20e régiment de chasseurs à cheval. — M. le médecin aide-major de 2e classe Deyrolle, de l'hôpital militaire de Toul, désigné pour le 20e régiment de chasseurs à cheval, est désigné pour le 151e régiment d'infanterie. — MM. les médecins principaux de 2e classe Malinas, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes, et Klein, médecin-chef de l'hôpital militaire de Chambéry, sont autorisés à permuter entre eux.

Réélection du doyen de la Faculté de Médecine de Paris. — Les pouvoirs de M. Brouardel, comme doyen de la Faculté de Médecine, arrivant à expiration, les professeurs de la Faculté, les agrégés chargés de cours, de conférences ou chefs de travaux, ont été appelés à présenter deux candidats au décanat, pour une nouvelle période de trois ans. Ils ont fait à la presque unanimité une manifestation de sympathie sur le nom de M. Brouardel, qui a été proposé par 49 voix sur 52 votants. M. Potain a été désigné en seconde ligne. Le Conseil de l'Université, dans sa séance, a ratifié ces choix. (*Eclair*.)

Élection de M. le Dr Roux a l'Académie des Sciences. — Nous sommes heureux d'annoncer l'élection du Dr Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, à l'Académie des Sciences, par 41 voix contre 14 données à M. Rissler. M. le Dr Roux avait été présenté en première ligne avec M. Rissler, directeur de l'Institut agronomique.

Hôpitaux de Paris. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en Médecine pour l'année* 1899. — MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1899, savoir : Pour MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le lundi 13 février, à 2 heures, de 1re année et pour MM. les internes provisoires, le mercredi 15 février, à 2 heures. Pour MM. les élèves externes de 3e année, le jeudi 16 février, à 1 h. 1/2; de 2e année, le samedi 18 février à 1 h. 1/2; de 1re année, première moitié de la liste, le jeudi 23 février, à 1 h. 1/2; deuxième moitié de la liste, le vendredi 24 février, à 1 h. 1/2. MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

Un Congrès allemand de la Tuberculose. — Un Congrès de la tuberculose est convoqué à Berlin, du 24 au 27 mai 1899, par le comité central allemand, en vue de l'établissement de maisons de santé pour les poitrinaires. Ce Congrès se propose d'exposer et de démontrer à toutes les classes du public les dangers que présente la tuberculose par suite de son caractère de maladie infectieuse et le moyen de la combattre. Le Congrès poursuit un but exclusivement pratique. Les gouvernements, communes et autres corps en Allemagne qui s'occupent de combattre la phtisie, seront avisés de la réunion du Congrès et priés d'y envoyer des délégués pour prendre part aux discussions. Pareille communication est adressée également aux gouvernements étrangers. (*Débats*.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Thomas, ancien député républicain de Reims, décédé à l'âge de 73 ans. Interne des hôpitaux de Paris, professeur de l'Ecole de Médecine de Reims, il fut le créateur, à Reims, de la Ligue de l'enseignement et fut du petit nombre de ceux qui fondèrent l'*Indépendant rémois*, pour combattre le régime impérial. Pendant la guerre, il fut arrêté par les Allemands et envoyé prisonnier à Magdebourg, d'où il revint pour siéger à l'Assemblée nationale. Jusqu'en 1885, il fut constamment réélu député. En 1889, on l'arracha à sa retraite volontaire et il dut une dernière fois aller siéger à la Chambre. — M. le Dr Du Pasquier, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, mort à Nice à l'âge de 38 ans.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service, (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements*. — M. le Dr Maygrier, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hopital Andral. — *Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac*. — MM. Albert Mathieu, Maurice Soupault et J. Ch. Roux. Cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera un mois. — Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic par M. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs. — Pour les renseignements et l'inscription : s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

Hôpital Saint-Antoine. — *Service des maladies des oreilles, du nez et du larynx*. — M. le Dr Lermoyez. Les mardis, cours de technique et de séméiologie spéciales; les samedis, cours de thérapeutique spéciale; les lundis, petite chirurgie du nez, des oreilles et du larynx; les vendredis, opérations (cure radicale de l'otorrhée, des sinusites de la face, etc.).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

5e SÉRIE. T. IX. N° 6 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 FÉVRIER 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE : De l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus (*suite*), par L. Longuet. — BULLETIN : L'assistance des vieillards dans le département de la Seine ; —L'hospice Favier de Bry-sur-Marne, par Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des Sciences*, par Phisalix ; —*Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet ; — *Académie de Médecine*, par Plicque ; — *Société médicale des Hôpitaux*, par Noir ; — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay. — BIBLIOGRAPHIE : Traitement chirurgical de l'infection péritonéale précoce, par P. Batigne ; Chirurgie du cœur et du péricarde, par Terrier et E. Reymond. — BIOGRAPHIE MÉDICALE : Les médecins contemporains : M. le Dr E. Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, par Mlle L. Napias. — FORMULES : Nouvel enduit pour sondes. — VARIA : Inauguration des nouveaux bâtiments de l'hospice Favier, à Bry-sur-Marne ; — Hommage rendu au Pr Farabeuf ; — Les eaux de sources à Paris. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'Hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus (*suite*) (1);

Par M. le Dr L. LONGUET, ancien interne des hôpitaux.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

S'il est difficile de mettre en formule les limites de l'opérabilité radicale du cancer utérin, la tâche est singulièrement plus délicate encore pour le clinicien. Presque toujours celui-ci se trouve en face de facteurs complexes dont chacun réclame une minutieuse analyse ; tous réunis ne nous amènent guère qu'à une simple impression générale, favorable ou non à l'intervention, rarement à une ferme conviction, sauf pour les cancers étendus que personne ne songe à opérer.

Il est clair que l'abstention est de règle absolue, chaque fois que le chirurgien a la certitude que l'intervention ne peut être au moins adéquate au mal. Nous devons par suite nous déclarer désarmés :

1° En face de toute *généralisation* viscérale ou à distance, dans le cas par exemple d'adénopathie lointaine, sus-claviculaire ou autre manifestement reconnue.

2° Un état général trop précaire pour supporter l'intervention, et non susceptible d'amélioration par un traitement réconfortant, l'existence de tares organiques, et en particulier un mauvais fonctionnement des reins, se traduisant par de l'albumine ou de l'urémie, sont des raisons bien suffisantes pour écarter toute opération radicale.

3° Pour les cancers des *jeunes femmes*, celles qui sont aux environs de la trentaine, l'hystérectomie vaginale donne de si déplorables résultats que certains chirurgiens, comme Bouilly, ne sont pas éloignés de les considérer comme demandant à être respectés. A l'opposé de ces cas, Bouilly admet qu'*après 60 ans* le cancer marche souvent avec si peu de rapidité, qu'il vaut mieux ne pas enlever l'utérus cancéreux. Comme Bouilly, Jacobs pense qu'après cet âge, l'intervention dite radicale doit être exceptionnelle. On peut parfois en dire autant des cancers utérins compliqués de *grossesse*, celle-ci imprimant à la néoplasie une effroyable poussée. Toutefois les statistiques à ces différents points de vue ne sont pas assez décisives pour fixer notre jugement sans appel, et il n'est pas encore prouvé irréfutablement que les cancers des jeunes, des vieilles, ou des femmes enceintes soient au-dessus des ressources de l'art. Landau, par exemple, a obtenu des guérisons durables chez de jeunes femmes.

4° L'on s'abstient aussi en face d'un cancer *ayant envahi la vessie ou le rectum*. Si quelques voix autorisées, comme celles de Mikulicz, de Schauta, etc., ont admis ces extrêmes limites comme justiciables de l'hystérectomie, elles n'ont pas eu d'écho. C'est qu'en effet les frontières exactes du mal ne sont plus à la vessie ou au rectum ; on peut avancer avec certitude, qu'en pareil cas, elles sont toujours inaccessibles ; qu'au loin, dans les vaisseaux blancs et les ganglions, pullulent les cellules néoplasiques. Il est arrivé à maintes reprises, qu'en commençant l'opération, le chirurgien entre d'emblée dans la vessie alors même qu'il sait prendre les précautions d'usage pour éviter cet accident. En ces circonstances, c'est que le mal a déjà évolué sourdement jusqu'au réservoir vésical. Nous avons toujours vu nos maîtres, après une réparation immédiate du réservoir vésical perforé, prendre le sage parti d'en rester là et renoncer sur le champ à toute tentative de cure radicale. Sans doute, une cystectomie ou une proctectomie partielle, combinée à une hystérectomie, n'est pas chose irréalisable ; mais combien plus grave deviendrait le pronostic opératoire ! Bénéfice nul pour la malade, opération incontestablement grave, voilà qui suffit pour faire nettement pencher la balance du coté de l'abstention.

5° Cancer propagé *aux paramètres et aux ligaments larges*, égale abstention. Telle est la règle partout admise. Ce n'est plus d'une carcinose utérine, mais bien d'une carcinose pelvienne qu'il s'agit. Il se peut toutefois que la formule classique soit appelée d'ici peu, à subir sur ce point une modification. A ceux qui admettent que les uretères peuvent être anastomosés à la vessie par quelque cysto-urétéro-néostomie préliminaire établie loin du mal, une hystérectomie associée à une large exérèse des ligaments larges, paraît aujourd'hui réalisable sans notable aggravation des risques

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 3.

opératoires. Déjà à l'heure où nous écrivons, les premières tentatives de ce genre sont à l'étude. Est-ce à l'hystérectomie vaginale totale ou à l'abdominale totale qu'il appartient de réaliser le plus aisément un tel plan opératoire? Il serait prématuré de le dire. Un cas présenté il y a quelques mois (1898) par M. Quénu à la Société de Chirurgie, dans lequel avec l'utérus cancéreux enlevé par le ventre, on avait extirpé l'artère utérine et les tissus ligamentaires attenants jusqu'à l'origine du vaisseau, en réclinant l'uretère, cas qui se termina par succès, a modifié notre ancienne manière de voir au sujet de l'abstention dans les cas de pointes d'envahissement dans le ligament large, et nous engage à rechercher si l'opération ne peut pas étendre son action dans cette direction. Rappelons que dans trois cas de ce genre, Paulick, ayant mis préalablement des sondes dans les uretères, afin de les reconnaître et de les récliner, a extirpé par le vagin non seulement l'utérus, mais le parametrium. Malheureusement l'auteur n'a pas fait connaître les résultats de ses interventions. L'envahissement des ligaments larges n'est pas toujours facile à déceler lors d'un examen clinique. Les cas ne sont pas rares où avec un utérus parfaitement mobile, on a été surpris de trouver à l'examen histologique, des boyaux épithéliaux à peine dépassés par l'exérèse. Par contre il faut savoir que si l'organe est enclavé dans le pelvis il ne l'est pas toujours par des traînées cancéreuses, mais par des adhérences inflammatoires. C'est dire combien il est difficile de prendre une décision au lit du malade, lorsqu'on soupçonne la propagation néoplasique au parametrium.

6° Le cancer *propagé au vagin* est-il justiciable ou non de l'opération radicale? Non le plus souvent. Certes, nous sommes en mesure de faire sans péril des hystéro-colpectomies aussi larges qu'on les désire. Elles sont même implicitement comprises dans l'opération de Richelot, de Quénu, ou de Doyen. Mais lorsque le dôme vaginal est envahi, le plus souvent les paramètres, les lymphatiques satellites de l'artère utérine le sont aussi. Et nous rentrons ainsi dans l'hypothèse discutée plus haut. Pour être satisfaisante, l'hystéro-colpectomie réclamerait aussi une exérèse ligamentaire.

7° Les cancers du *corps* de l'utérus donnent lieu à des considérations en tout point semblables à celles que nous venons de passer en revue pour le col chaque fois qu'ils ont dépassé l'écorce utérine.

Voici maintenant où commencent les frontières des indications que nous allons voir s'éclaircir et se préciser à mesure que la lésion se montre plus minime et mieux limitée.

1. Cancer du *corps limité à l'organe*. — Leur phase d'opérabilité radicale serait, pour beaucoup de gynécologues, plus longue que les cancers du col, vu leur moindre précocité à diffuser hors de l'utérus. Il faut bien s'assurer qu'il n'existe pas dans le vagin un de ces petits noyaux satellites, une de ces greffes si caractéristiques que nous avons rencontrées déjà et sur lesquelles on a attiré l'attention depuis quelques années. Il est bien regrettable qu'à ses premiers débuts, le cancer du corps soit d'un diagnostic si impénétrable. Nous avons, à plusieurs reprises, fait l'examen histologique de débris épithéliaux ramenés par un curettage pratiqué dans un but de diagnostic. Or, nous n'avons pu, en général, trouver par ce moyen la solution de ce difficile problème, ce qui tient aux désagrégations et aux perturbations profondes que la curette produit sur les éléments cellulaires.

2. Cancer du col avec *envahissement du corps* sans participation des tissus voisins. Il s'agit encore ici dans bien des cas d'une propagation larvée que la clinique est impuissante à nous faire connaître. Ce fut, il y a une dizaine d'années, un bien gros argument contre les partisans de l'amputation sus-vaginale du col opposée à l'hystérectomie vaginale totale si nettement indiquée dans ce cas.

3. Cancer du col à *forme térébrante ou cavitaire* ne dépassant pas l'insertion du vagin. Ce cas semble plutôt défavorable, indépendamment des difficultés opératoires résultant de la destruction du col. Richelot (1) a bien attiré notre attention sur cette éventualité. « Je n'ai pas toujours su, écrit-il, ce qu'on pouvait faire de ces cols à moitié détruits par l'ulcération, profondément excavés, amincis, encore un peu saillants et mobiles, avec des culs-de-sac peu profonds, mais paraissant avoir conservé leur souplesse. On peut les saisir doucement, les morceler s'ils se déchirent, les cotoyer sans blesser la vessie et venir à bout de l'hystérectomie totale; mais dans presque tous les cas, la propagation est certaine, bien qu'un examen attentif des ligaments larges ne l'ait pas révélée. Je sais maintenant qu'avec de pareils cols, on peut avoir des surprises et que le plus souvent l'hystérectomie est impuissante; mais encore fallait-il l'avoir observé. »

4. *Cancer du col à forme exubérante*, papillaire ou en chou-fleur, ne dépassant pas l'insertion vaginale. C'est le cas classique, celui que chacun s'accorde à considérer comme justiciable de l'hystérectomie vaginale.

5. *Petit cancer limité du museau de tanche*, ou cancer au début. C'est bien ici que l'indication apparaît le plus nettement; chacun regrette de ne rencontrer que trop rarement cette heureuse condition, et l'opérateur ne peut alors se défendre de fonder sur l'exérèse totale une légitime espérance. Eh bien! ici encore il y a de cruelles déceptions. Nous avons lu maintes observations de ce genre, en particulier dans le livre de Richelot, où toutes les circonstances se présentaient essentiellement favorables. La désespérante récidive est venue déjouer toutes les prévisions, alors que dans d'autres cas plus mauvais, ceux qu'on se décide avec peine à opérer, l'hystérectomie vaginale a donné des survies de plusieurs années. La règle n'en reste pas moins celle-ci : sont franchement opérables les cancers très nettement limités à l'utérus, avec mobilité parfaite de l'organe et intégrité manifeste des culs-de-sac vaginaux.

Indication et choix de l'intervention. — L'exérèse radicale étant décidée, nous sommes en possession de quatre opérations : l'hystérectomie par voie sacrée; l'amputation sus-vaginale élevée du col; l'hystérectomie vaginale; l'hystérectomie abdominale. Aujourd'hui la discussion se concentre entre deux méthodes seulement: la voie haute ou la voie basse.

1. *L'hystérectomie par voie sacrée* n'a plus guère de partisans. L'accord est presque unanime pour la considérer comme un traumatisme hors de proportion avec le bénéfice qu'on peut en tirer. La statistique de 7 morts sur 23 cas, dressée par Terrier et Hartmann, n'est pas de nature à encourager les opérateurs dans la voie tracée par Hochenegg, Gersuny, Hegar.

2. *L'amputation sus-vaginale élevée* a donné lieu, en France surtout, à de mémorables controverses, prin-

(1) Richelot. — De l'hystérectomie vaginale, Paris, 1894, p. 9.

cipalement en 1888. Patronnée par Verneuil, qui l'a opposée à l'hystérectomie vaginale cette opération meurtrière, « cette grande opération »), elle a fait son chemin parce qu'elle est née au moment où les désastres de la colpo-hystérectomie se succédaient coup sur coup. Les temps sont changés et la question est aujourd'hui jugée. Les gynécologistes les plus éminents, Schatz, Gusserow, Martin, Kaltenbach, Saenger, Fritsch, Christian, Fenger, Bouilly, Terrier, Quénu, Segond, Richelot, Pozzi et d'autres encore s'accordent à préconiser l'ablation totale, parce qu'ils savent la faire et qu'elle leur donne autant de sécurité, d'aucuns disent même plus de facilité, que l'amputation élevée du col. Ce n'est pas quelques rarissimes succès, comme celui d'une survie de 18 ans après une amputation du col, signalée au Congrès de 1898 par Pamard, qui modifieront l'appréciation générale. Certes, l'opération économique trouvera encore des partisans, notamment chez les retardataires, les timides et les inexpérimentés en matière d'hystérectomie vaginale, mais sa cause est perdue à tout jamais. Il nous semble dénué d'intérêt de rouvrir une discussion close, de venir à nouveau l'embrouiller de statistiques comparatives de la mortalité opératoire, de statistiques parallèles de résultats thérapeutiques, de rapprochements plus ou moins exacts avec les cancers du sein et de la langue, ou même de mettre en évidence l'argument le dernier présenté pour la défense de l'amputation partielle : la possibilité pour une cancéreuse opérée par la méthode de Verneuil de pouvoir devenir enceinte après l'opération! Non, consentir à agréer ou à prôner une opération parcimonieuse alors qu'on peut faire, et qu'on doit savoir faire avec autant de sécurité l'exérèse de tout l'organe, est une hérésie pour le cancer utérin au même titre que pour tous les autres.

3 et 4. *Hystérectomie abdominale totale ou vaginale.* Voilà sur quel terrain nouveau va s'engager le débat. Etrange surprise, voici que l'opération de Freund, universellement répudiée depuis tant d'années, va renaître de ses cendres! C'est qu'à l'heure actuelle, nous commençons à savoir faire avec sécurité l'ablation totale par le ventre; et qu'elle nous donne d'excellents résultats. Il y a ici une réciprocité singulière : c'est l'hystérectomie vaginale totale pour cancer qui nous a appris la première technique de l'hystérectomie pour fibromes, puis pour suppuration pelvienne; et aujourd'hui, voici que nous observons l'inverse : l'hystérectomie abdominale totale faite d'abord pour fibromes, puis pour suppuration pelvienne, nous ramène à l'abdominale totale pour cancer. Déjà en Allemagne, il y a des partisans de l'abdominale totale. Freund, qui n'a jamais renoncé complètement à son opération, l'exécute encore dans certains cas de cancer utérin. Mackenrodt fait une vagino-abdominale. Les Américains, Kelly, Mann, etc., laparotomistes par atavisme, qui n'ont jamais bien apprécié la voie vaginale; Jacobs, en Belgique, enlèvent volontiers l'utérus cancéreux par en haut dans certains cas. En France, Terrier (Congrès français de 1896, 1897, 1898), Quénu, 1898, suivis de quelques autres, ont rapporté des opérations analogues. Pourquoi ce changement de front et cette conversion partielle?

Quoique toute neuve, la question mérite déjà les honneurs de la discussion. Il n'est que trop évident que la voie vaginale, dans ses résultats éloignés, est bien décourageante, les récidives restant la règle. Il y a sans doute mieux à faire; il faut chercher si la laparo-hystérectomie ne permet pas de réaliser une exérèse plus large; ses résultats ne peuvent être plus mauvais que ceux de l'hystérectomie vaginale. Peuvent-ils être meilleurs? Par le ventre, nous avons un accès plus facile sur l'obstacle principal, l'uretère qu'il est possible de découvrir, de suivre, de récliner comme une artère et même de transplanter pour s'en débarrassser. Par le ventre, nous voyons mieux ce que nous faisons, nous libérons et nous dissocions plus facilement les ligaments larges sur une plus grande étendue. Il se peut aussi que par en haut les ganglions soient plus abordables, ne devraient-ils nous servir qu'à reconnaître *de visu* que le cancer est inopérable. Que s'il s'agit d'un de ces très gros cancers du corps, il est sans doute plus simple de cueillir par en haut, sans traction et par le plus court chemin, cette volumineuse poire, sans l'entamer. Elle ne peut franchir que difficilement la filière pelvienne; friable et septique, elle cède et se déchiquette par des tractions qui ont pour but de l'extraire par le vagin. Il y a des cancers utérins si *friables* que les tractions par en bas demeurent sans résultat pour l'extraction, et que pour cette seule raison il est préférable d'enlever sans tractions par la voie haute.

Voilà sous quel angle doit être engagée la discussion. Aller plus loin quant à présent serait prématuré. N'oublions pas que notre premier devoir est de démontrer que la mortalité est au moins équivalente, et que la valeur curative est au moins égale par les deux voies. Or ce n'est pas une statistique récente comme celle de Kustner, accusant 18 cas d'opération de Freund, avec quatre morts, qui suffit à entraîner notre conviction et à faire accorder tout l'avantage à l'hystérectomie vaginale. Les résultats statistiques qu'on pourrait emprunter à Terrier, Quénu, Reynier, sont encore en nombre insuffisant.

Mais supposons que les deux méthodes soient égales au point de vue de la gravité et de la mortalité opératoire. Le fait est très admissible, car avec le maniement soigneux des compresses, avec la constante préoccupation d'éviter toute contamination, la chirurgie actuelle peut enlever un utérus septique et cancéreux avec autant de sécurité par en haut que par en bas. Toutes choses égales d'ailleurs, c'est la méthode qui donne le plus de *guérisons durables* qui doit incontestablement l'emporter. C'est là qu'est le seul criterium. Malheureusement quelques voix autorisées comme celle de Terrier sont déjà en mesure de nous apprendre que les résultats curatifs ne sont pas meilleurs par l'abdomen que par le vagin : c'est presque toujours la récidive.

Recherchons donc, en attendant les documents nombreux sur la valeur curative, s'il y a un enseignement à tirer de l'étude des conditions accessoires. Il est certain qu'en général, l'hystérectomie vaginale pour cancer est plus simple et plus facile; elle évite les inconvénients d'une cicatrice abdominale et supprime un temps opératoire; la laparotomie. Elle met plus facilement à l'abri de l'infection péritonéale par les souillures. Elle est d'une exécution plus rapide, ce qui est à considérer lorsqu'il s'agit de sujets cachectiques comme le sont les cancéreux. Voilà les trois avantages qu'on peut faire valoir pour sa défense.

Par contre, l'opération abdominale présente un champ d'action beaucoup plus vaste sur l'uretère, sur le controle des ganglions, sur l'exérèse des pédicules lymphatiques annexés à l'utérus, sur l'ablation large des ligaments larges, qu'on peut compléter par une colpectomie. Or, ces considérations sont d'un grand poids. A elles seules, elles prévalent sur les trois

avantages que nous venons de rassembler au dossier de l'hystérectomie vaginale. En matière de cancer la supériorité appartient à l'opération qui enlève le plus largement et qui donne l'accès le plus vaste. Telle est la raison sur laquelle aujourd'hui nous pouvons nous appuyer pour présumer que l'avenir appartient probablement à l'hystérectomie abdominale, sans méconnaître que pour certains cas, comme ceux de cancer au début, très petits et très limités, l'hystérectomie vaginale ne peut perdre ses droits.

Technique.

Selon que les chirurgiens pratiquent l'hémostase avant ou après l'extraction de l'utérus, ou des deux manières combinées, leur technique trouve place dans les quatre grandes classes qui suivent :

A. Hystérectomies vaginales à *hémostase exclusivement préventive* (associée au morcellement).

B. Hystérectomies vaginales à *hémostase partiellement préventive et partiellement consécutive* (c'est-à-dire à hémostase première des utérines, et consécutive pour l'utéro-ovarienne.

C. Hystérectomies vaginales à *hémostase exclusivement préventive d'un côté et exclusivement consécutive de l'autre.*

D. Hystérectomies vaginales à *hémostase exclusivement consécutive.*

A. *Les hystérectomies vaginales avec hémostase exclusivement préventive* associées au morcellement. (Extirpation tri ou multifragmentaire de l'utérus). C'est Cushing (1) qui le premier paraît avoir eu la pensée d'hémostasier préventivement les vaisseaux dans l'hystérectomie vaginale. Il avait inventé un instrument avec lequel il pratiquait l'hémostase, au début de l'opération, des artères utérines au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Mais c'est Péan qui a le plus préconisé et vulgarisé cette manière de faire dont il n'a cessé de revendiquer la paternité, ainsi que celle du morcellement qui lui appartient en propre.

I. *Procédé de Péan* (2). (Synonyme : dit aussi opération de Péan, ou même méthode de Péan.)

Attitude de la malade : décubitus latéral gauche. Le vagin est écarté par 4 valves. Le col utérin abaissé par des pinces de Museux. Ablation au cautère des tissus fongueux et des bourgeons cancéreux du col.

Premier temps : Incision circulaire du col. — A l'aide d'un bistouri à long manche, à lame étroite, le vagin est coupé circulairement à 1 centimètre ou 1 cm. 1/2 de l'orifice externe.

Deuxième temps : Décollement des tissus paramétriques. — En avant le décollement est effectué à l'aide d'instruments mousses et avec les doigts ; et la vessie est séparée ; un cathéter placé dans le réservoir vésical sert de guide au doigt. Pendant le décollement des tissus utéro-rectaux, un doigt est introduit dans le rectum. Au fur et à mesure, les vaisseaux saignants sont saisis entre les mors de longues pinces hémostatiques qui sont laissées à demeure pendant l'opération. — Les culs-de-sac péritonéaux étant ouverts, il est alors facile de reconnaitre l'état du péritoine pelvien, la présence d'adhérences, de brides péritonéales, l'état des ovaires : on ne doit pas craindre d'ouvrir les culs-de sac, principalement le postérieur. La dénudation doit être poussée loin sur les parties latérales pour atteindre la base des ligaments larges.

Troisième temps : Ablation du col par morcellement après hémostase préventive des artères utérines. — La base des ligaments larges est d'abord saisie avec des pinces à mors droits, lorsqu'on s'est assuré qu'elle est parfaitement dénudée. Pour cela une valve soulève la vessie, pour la préserver d'un pincement éventuel, et une autre protège le rectum. Les pinces longuettes au nombre de deux sont appliquées au ras du col. Il est bon d'apprécier avec les doigts l'épaisseur et la hauteur de la portion que l'on veut saisir. On peut arriver à pincer en même temps le ligament utéro-sacré. Section en dedans de ces pinces, ce qui libère le col. Parfois deux pinces superposées sont nécessaires de chaque côté. Ainsi libéré, le col est divisé en 2 valves, antérieure et postérieure par une section bilatérale de la commissure cervicale faite aux ciseaux. Puis chaque valve est excisée par deux nouveaux coups de ciseaux donnés transversalement au niveau de leur base. Mais avant la libération complète de chaque valve, une pince de Museux saisait le tissu utérin sous-jacent.

Quatrième temps : Ablation du corps par morcellement après hémostase préventive du reste du ligament large. — Le corps décapité est enlevé morceau par morceau, par une série de manœuvres consistant en : libération antérieure et postérieure du tissu utérin amarré et descendu par des pinces de Museux, hémostase préventive du ligament large, au niveau du bord vasculaire du segment qui va être excisé. Division de ce fragment en deux valves antérieure et postérieure comme pour le col. Excision isolée de chaque valve, après avoir pris soin de faire une prise sur la portion d'utérus sus-jacente. Et ainsi de suite par étapes successives jusqu'à disparition complète de l'utérus. En résumé hémostase préventive par un nombre de pinces variable, toutes placées de la base vers le sommet du ligament large, et ablation multi-fragmentaire du corps utérin. Chaque placement de pince doit être suivi de l'œil. « Cet emploi des pinces en nombre multiple, indéterminé, est le fondement, le principe même de l'hémostasie » Secheyron, p. 530). Quant au morcellement, il est conduit suivant la règle générale établie par Péan : Pour chaque fragment, libérer les faces antérieure et postérieure, pincer préventivement, puis sectionner la zone correspondante du ligament large, diviser le fragment libéré en deux valves antérieure et postérieure, exciser ces deux valves.

Ciquième temps : Ablation des annexes. — Selon qu'il y a ou non des lésions, les annexes sont enlevées par section en dedans de pinces hémostatiques placées à cet effet, ou elles sont conservées.

Temps facultatif : Fermeture du fond du vagin. — Chaque pince hémostatique étant remplacée par une ligature, on peut obtenir la réunion par première intention. Péan faisait le rapprochement des surfaces saignantes du vagin et du péritoine, au moyen de quatre fils métalliques, servant à faire la suture profonde à anses séparées, et avec trois fils également métalliques servant à faire la suture superficielle. Ces points peuvent être appliqués facilement grace à un chasse-fil. La suture comprend le péritoine, les débris des ligaments larges et le vagin (1). Le but de cette

(1) Cushing. — *American Journal of Medical sc.*, avril 1882, et *The Medical Record*, mai 1883. L'instrument en question est décrit dans la thèse de Doche. These Bordeaux, 1884.

(2) Péan. — Technique reconstituée d'après Secheyron, p. 532. Traite de l'hystérectomie, Paris 1889, et Pichevin, p. 139.

(1) Cette suture du vagin a été adoptée par Kaltenbach, Olshausen, Mikulicz, Tauffer, Von Teuffel, Schede et Hegar.

suture du fond du vagin est de rendre complète l'hémostase et d'éviter l'infection du péritoine par des détritus cancéreux. Si les ligatures paraissent difficiles à placer, les pinces sont laissées à demeure et l'hémostase, de préventive, devient définitive. L'observation a démontré à l'auteur que « le péritoine supporte très bien le contact des pinces hémostatiques et le contact de l'air lorsque l'écoulement des liquides de la plaie est facile et modifié par les pansements antiseptiques » (1).

Pansement. — Une bande de gaze iodoformée sera placée dans le vagin entre les pinces; un petit tampon d'ouate, de gaze phéniquée, iodoformée ou sublimée, sera placé en avant de la vulve et maintenu par un bandage en T.

L'opération de Péan, dont la complexité est aujourd'hui bien frappante, n'offre guère que des inconvénients. La multiplicité d'encombrantes pinces hémostatiques remplissant le vagin, l'inutilité du morcellement et de l'hémostase préventive en sont les défauts cardinaux. En matière d'utérus cancéreux, le morcellement est une erreur, car si gros qu'il soit, un tel utérus peut toujours à l'aide d'artifices plus simples, passer en un ou deux fragments par le vagin sans qu'il soit besoin de le déchiqueter en miettes et comme à plaisir. Le morcellement est une pratique de haute valeur en chirurgie quand, par un défilé rétréci, il s'agit d'extraire une masse d'un volume considérable, incompatible avec son dégagement en un seul bloc. Ici les conditions sont absolument opposées : vagin suffisamment large, utérus de volume normal ou très modérément augmenté.

Pour cancer, l'hystérectomie morcelante est encore passible de cette grave critique que le morcellement est fait dans des tissus friables, végétants, saignants et principalement *septiques*; or, dans ces conditions, le morcellement nous paraît une faute presque aussi grave que celle qui consiste, pour enlever un rectum cancéreux, à le morceler de propos délibéré comme l'a également recommandé Péan en 1897 (Congrès français de Chirurgie). Les opérations ainsi dirigées ne sont pas comparables, comme gravité, à celles qui ont le souci constant d'éviter tout contact septique. Toutefois Péan n'en a pas moins le très grand mérite d'avoir puissamment contribué à vulgariser l'hystérectomie vaginale à une époque où ses contemporains n'entreprenaient cette opération qu'avec terreur. Par le pincement préventif, il leur a appris une manière d'éviter l'hémorragie, manière qui ne vaut rien, il faut le dire, mais qui cependant était à cette époque encore plus facile et plus sûre que la ligature mal faite. L'hémostase préventive n'a pas davantage sa raison d'être pour la double raison qu'elle est destinée à permettre une manœuvre inutile, le morcellement, que d'autre part l'utérus est sectionnable sans hémostase préalable, dans certaines de ses parties (zones avasculaires). A côté de ces fautes capitales, il en est d'autres de second ordre que voici : le placement de pinces hémostatiques de bas en haut, a comme conséquence, pour les plus élevées, leur contact avec l'intestin, en pleine cavité péritonéale. Or ces pinces sont menaçantes, moins par leur présence que par les pédicules septiques qu'elles écrasent : d'où la nécessité d'abaisser les pinces loin du péritoine, dans le vagin, par le placement de haut en bas. Enfin, si l'auteur recommande de bien voir tout ce que l'on fait, ce sage précepte devient inapplicable lors du pincement des parties les plus élevées du ligament large, au milieu d'un faisceau de pinces préalablement placées et qui masquent presque totalement le champ opératoire.

(1) Péan. — *Revue de clinique chirurgicale*, T. IV, p. 290.

II. *Procédé de Richelot* (deuxième et troisième manières) (1).

Les procédés décrits par Richelot pour les utérus peu ou pas adhérents, mobiles ou mobilisables (2e manière de Richelot), et pour les utérus complètement adhérents (3e manière de Richelot), trouvent leur place ici. On peut les synthétiser tous deux dans l'exposé qui suit :

Attitude de la malade : position de la taille.

Premier temps : Incision circulaire du col. — Elle est faite selon une incision circulaire à l'aide d'un bistouri à long manche. Si quelques vaisseaux saignent, notamment deux artérioles qui sont fréquemment en avant du col, on place sur eux des pinces hémostatiques.

Deuxième temps : Décollement des tissus paramétriques. — On procède comme d'ordinaire, avec le doigt en avant et en arrière, la vessie décollée est soulevée par un écarteur. Ici trouve place une manœuvre spéciale conseillée par Richelot, dès 1887, pour cancer. Elle consiste à reprendre en sous-œuvre l'incision vaginale, et à enlever, de parti pris, après la dissection du cul-de-sac antérieur, un lambeau de muqueuse vaginale, même saine en apparence, et aussi largement que possible. Le chirurgien a vu les récidives se faire en ce point, et il espère ainsi les prévenir. Terrier a objecté que la récidive survient plutôt dans le tissu paramétrique que dans la bordure vaginale. Toutefois la pratique de Richelot mérite considération. Aussi nous la voyons adoptée, avec une légère modification technique, par Doyen (2) en 1897. Paulick (3) a été plus loin en côtoyant le parametrium, après avoir placé des sondes dans les uretères pour permettre de les reconnaître et de les éviter.

Troisième temps : Ablation du col par morcellement après hémostase préventive des utérines. — C'est la même technique que Péan et Segond, sauf que la lèvre postérieure est excisée la première, et que l'antérieure est conservée plus longtemps.

Quatrième temps : Ablation du corps par morcellement après hémostase préventive du reste des ligaments larges. — Même technique que Péan, sauf que le morcellement y est plus atypique. C'est ainsi que chaque fragment libéré n'est pas sectionné lui-même en deux valves antérieure et postérieure, destinées à être excisées isolément. Chaque fragment est enlevé de suite, dès qu'il est libéré.

Cinquième temps : Ablation des annexes. — Lorsqu'il y a lésions annexielles, celle-ci sont excisés sous une pince longuette. Au cas où les annexes sont indemnes, on les laisse en place.

Pansement.

En résumé, le procédé, à part l'excision d'une collerette vaginale qui appartient à Richelot, est très semblable à celui de Péan. Il y a cette double nuance au grand avantage de Richelot, que le morcellement y est déjà plus raréfié et que les pinces hémostatiques préventives y sont mises en moins grand nombre. C'est un Péan très simplifié qui deviendrait peut-être le procédé de choix si les utérus cancéreux réclamaient le morcellement. C'est là l'exception, car ces utérus sont le plus souvent mobiles et mobilisables, et point n'est besoin,

(1) Richelot. — D'après la thèse de Malapert, Paris, 1893.
(2) Doyen. — Technique chirurgicale, Paris, 1897.
(3) Paulick. — *Centralblatt f. Gynæcol.*, 1890, n° 1, p. 22.

vu leur médiocre volume, de les fragmenter pour leur faire franchir le vagin.

B. *Les hystérectomies vaginales à hémostase partiellement préventive et partiellement consécutive.* (Hémostase préventive des utérines et consécutive des utéro-ovariennes.)

La suppression partielle de l'hémostase préventive, réservée uniquement à l'utérus, réalise une simplification considérable, dont l'importance est telle qu'elle ouvre une classe nouvelle.

I. — *Procédé de Segond* (1).

Attitude de la malade : décubitus dorsal, position dorso-sacrée.

Premier temps : Incision circulaire du col. — Elle est faite comme d'ordinaire circulairement, mais en outre l'auteur y ajoute 2 incisions libératrices de dégagement, portant chacune sur le flanc du col, suivant exactement les bords latéraux de celui-ci, longues de 2 centimètres. Elles auraient pour avantage de donner un jour plus considérable en avant de l'utérus et une sécurité absolue au point de vue de l'uretère.

Deuxième temps : Décollement des tissus paramétriques comme d'ordinaire. — L'auteur ne trouve aucune utilité à repérer la vessie avec un cathéter pendant la dénudation de la face antérieure du col.

Troisième temps : Ablation du col par morcellement, après hémostase préventive des utérines. — Deux pinces longuettes sont placées sur la base des ligaments larges, puis le col libéré latéralement par deux sections en dedans de ces pinces. Division du col en deux valves antérieure et postérieure. Excision de la valve cervicale antérieure, puis excision de la valve cervicale postérieure, après avoir préalablement amarré le corps utérin par des pinces à abaissement. Quelquefois il est utile de poser une seconde longuette sur les parties latérales du col au-dessus des précédentes, et de sectionner en dedans avant de diviser le col en deux valves. En somme, l'opération est jusqu'ici identique à celle de Péan.

Quatrième temps : Ablation du corps, avec ou sans morcellement, sans hémostase préventive du reste des ligaments larges. — Le dégagement du corps par bascule en avant ou antéversion selon la manœuvre de Sauter, Czerny, Fritsch, Demons, est ici obtenu de deux manières applicables à volonté ou suivant les cas.

a) Première manière : Évidement conoïde. — On procède à la destruction de la paroi utérine antérieure, morceaux par morceaux, en se tenant de préférence vers la ligne médiane peu vasculaire. Le morcellement est réalisé par estimation successive de tranches utérines de forme conoïde à base périphérique, creusées à l'aide d'un long bistouri (de préférence courbé sur le plat). Avant le détachement d'un cône, une prise est faite sur les tissus sous-jacents. Aucune pince hémostatique n'est mise sur la zone ligamentaire correspondante. Lorsqu'il est pourvu de son col et de sa paroi antérieure évidée « cône à cone », l'utérus se laisse facilement attirer vers la vulve, en basculant en avant.

b) Deuxième manière : L'hémisection antérieure. — Dans le cas où l'antéversion paraît facilement réalisable, M. Segond sectionne le corps utérin sur sa paroi antérieure, c'est-à-dire qu'il exécute le procédé de Doyen (bascule en avant avec hémisection médiane antérieure). Quelques prises sur les tranches de section amènent le dégagement cherché, en antéversion, sans hémostase préventive des zones ligamentaires correspondantes du corps.

Cinquième temps : Hémostase dernière de l'étage supérieur des ligaments larges et excision du corps utérin. — Les pinces hémostatiques sont placées de haut en bas, du bord supérieur vers la base du ligament large, et allant par leur bec à la rencontre du bec des pinces utérines placées de bas en haut. Deux coups de ciseaux en dedans des pinces font tomber le corps de l'utérus. Si les annexes sont malades, elles sont extirpées, les pinces hémostatiques dernières étant placées en dehors d'elles.

Pansement.

En résumé, l'opération de Segond, incontestablement dérivée de l'opération de Péan, réalise sur la première de notables progrès :

1° Le morcellement en est encore le principe fondamental. « Ce procédé n'est autre chose qu'un morcellement » (Baudron, p. 43), mais un morcellement bien réduit, puisque dans les cas d'abaissement très facile, l'utérus extirpé par ce procédé comprend seulement trois fragments : la valve cervicale antérieure, la valve cervicale postérieure, le corps hémisectionné à la Doyen : c'est une extirpation trifragmentaire.

2° L'hémostase préventive n'est plus faite que pour l'étage inférieur des ligaments larges; ce qui ne donne plus comme pinces encombrantes que deux ou trois pinces vaginales;

3° Le placement des pinces utéro-ovariennes de haut en bas, selon la pratique de Doyen, est une excellente pratique puisqu'elle éloigne du péritoine les pédicules septiques ;

4° Quant à l'avantage des incisions libératrices, sa principale raison paraît être de garer l'uretère des pinces préventives de l'utérine; toutefois ces pinces ne sont utiles que parce que le col est excisé. C'est-à-dire que si l'excision du col pouvait être supprimée (ce que nous croyons toujours possible), les pinces préventives de l'utérine le seraient du même coup. En somme, suppression de tout morcellement, non seulement du corps, mais du col; suppression de l'hémostase préventive des utérines, telles seraient les deux modifications grâce auxquelles la simplification maxima se trouverait réalisée.

II. — *Procédé de Martin* (de Berlin).

Attitude de la malade : position dorso-sacrée.

Premier temps : Ouverture du cul-de-sac de Douglas et suture vagino-péritonéale. — Le col étant porté fortement en avant, le Douglas est incisé, l'index gauche est insinué dans cette boutonnière et avec une aiguille très courbe on place une série de plans de suture tout le long de l'incision vaginale, en comprenant toute l'épaisseur des tissus jusqu'au péritoine inclusivement. En procédant ainsi on obtient une hémostase parfaite de la tranche vaginale ; on empeche les décollements de se produire dans les manœuvres ultérieures, on ferme les interstices cellulaires. Il peut être utile de mettre deux plans superposés de suture.

Deuxième temps : Hémostase préventive des utérines ou de leur branche. — On change d'aiguille pour en prendre une plus longue, plus forte, et moins surbaissée (des aiguilles de Deschamps pointues sont ce qui convient le mieux). Avec elle on place, de chaque côté de la boutonnière, deux grands points de

(1) Segond. — D'après la thèse de Baudron, Paris, 1894.

suture prenant en masse la partie postérieure des culs-de-sac latéraux du vagin et allant profondément saisir, à la base des ligaments larges, les branches inférieures de l'artère utérine, sinon le tronc même de ce vaisseau. Pour cette manœuvre il faut placer l'index dans un des angles de la boutonnière et fortement déprimer en avant la base du ligament large que l'on porte pour ainsi dire au devant du point de suture. L'aiguille entre à deux centimètres de distance de l'angle de la plaie, et dès que l'index sent sa pointe, on va à sa recherche avec le porte-aiguille; on l'attire et on la fait ressortir à un centimètre de son point d'entrée, de manière à étreindre à peu près un centimètre du cul-de-sac latéral du vagin. On doit se servir de soie très forte pour cette ligature et serrer beaucoup. On passe ensuite un ou deux points de suture de chaque côté, en avant du premier et plus près du col; de cette façon tous les vaisseaux se trouvent oblitérés du côté du vagin avant qu'on ait terminé les premiers temps opératoires. On n'a pas à redouter l'uretère qui est situé plus en avant, et qui du reste est très remonté, grâce à la forte traction exercée sur le col utérin par l'abaissement.

Troisième temps : Circoncision complète du col; décollement de la vessie. — Le col de l'utérus est maintenu porté en arrière, de façon à tendre le cul-de-sac antérieur. On complète l'incision autour du vagin; il faut avoir grand soin de se tenir en avant, aussi près que possible du col; on s'exposerait sans cela à blesser l'uretère. Le tranchant du bistouri doit, pour la même raison, être toujours plus ou moins obliquement dirigé vers le col. Dès que l'incision du vagin est terminée, on abandonne le bistouri, et c'est avec le doigt qu'on décolle la vessie : exceptionnellement on prendra les ciseaux. L'étendue et la résistance des adhérences est variable selon les sujets. Bientôt, un manque de résistance indique qu'on est arrivé aux limites des attaches de la vessie; on aperçoit le cul-de-sac péritonéal. Avant d'aller plus loin, suturer cette nouvelle boutonnière, ce qui arrête l'hémorragie très médiocre.

Quatrième temps : Renversement de l'utérus en arrière, ligature des ligaments larges. Dégagement de l'utérus par la manœuvre de Blundell-Martin. — A l'aide d'une pince de Museux, on saisit par le Douglas le fond de l'utérus qu'on fait basculer dans la plaie; la pince qui tenait le col est enlevée. Dès que l'utérus est renversé, le bord supérieur des ligaments larges devient inférieur. Ligature sans enchaînement du ligament large gauche; section en dedans, ce qui libère l'utérus sur son bord gauche. Même manœuvre de ligature à droite par trois fils; section en dedans, et l'utérus reste dans la main.

Cinquième temps : Traitement des annexes suivant les lésions. — Rétrécissement de la plaie vaginale par un point de suture à chaque commissure, mais le vagin n'est pas fermé. Drainage à l'aide d'un tube de caoutchouc en croix (Martin), ou d'un tube de verre (auteur anglais), ou d'un double tube en canon de fusil (quelques chirurgiens français).

Pansement. — Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le Douglas.

Le procédé de A. Martin est très rapprochable de celui de Billroth, de Baumann, de Von Teuffel, de Schrœder, de Fritsch, de Duvellius, de Léopold, avec culbute de l'utérus en arrière, ou sans culbute en arrière (Billroth, Léopold, Olshausen, etc.). Aujourd'hui encore, presque tous les gynécologues allemands demeurent fidèles à la ligature, à l'exclusion des pinces, et l'appliquent plus ou moins exactement, comme A. Martin.

Jusqu'en 1896 n'avaient employé les pinces que Saenger, Landau, Czempin, Pflaumenstiel, Dœderlein. D'autres comme Baumann, Hofmeier, Kustner, Prodrownick, Von Rosthorn, Wehmer, se sont servis tantôt des pinces, tantôt des ligatures; mais la grande majorité, Asch, Bode, Czerny, Everke, Von Erlach, Gunther, Kotschau, Meinert, Hermann, Schauta, Thorn, Werth, à la suite de Léopold et de A. Martin, ne font que la ligature, et Zweifel, après avoir employé 44 fois les pinces, en est revenu aussi à la ligature (cités par Saenger : Congrès international de Genève 1896).

Nous pouvons donc prendre le procédé de A. Martin comme caractéristique de la pratique allemande. En France, nous devons à Pozzi d'avoir bien exposé ce procédé en 1888, et de l'avoir même adopté pendant quelques années.

Quoique vieilli, le procédé de A. Martin présente de grandes qualités : absence de morcellement (extirpation monofragmentaire de l'utérus). Réduction de l'hémostase préventive aux seules artères utérines et vaginales. Par contre, exécuté au pied de la lettre, il est un peu complexe; tout le travail de suture, pénible et long au fond du vagin, est inutile, et peut se réduire à quelques ligatures accolant les ligaments larges ou fermant le fond du vagin. Ainsi simplifié, raccourci en durée par la suppression des sutures, il est un des meilleurs que nous ayons à notre disposition, et n'a que le tort de convenir à un nombre de cas fort restreint : ceux où le dégagement de l'utérus en rétroflexion est possible.

III. — *Procédé de Quénu* (1re manière) (1).

Le premier procédé de Quénu (1891) se résume ainsi :

Premier temps. — Incision circulaire du col comme de coutume, avec excision d'une large rondelle de vagin en cas de cancer.

Deuxième temps. — Libération du col en avant, en arrière, et un peu sur les côtés.

Troisième temps. — Pincement préventif des utérines, auquel on substitue de suite un fil.

Quatrième temps. — Dégagement de l'utérus en rectitude, suivant l'axe pelvien. L'abaissement dans l'axe, en inversion, est obtenu grâce à la section médiane qui permet les tractions sur les branches de section.

Cinquième temps. — Hémostase dernière de haut en bas des utéro-ovariennes comme Doyen, puis excision des annexes accompagnant chaque moitié d'utérus correspondante.

Pansement. — (Voir plus loin.)

Cette technique est excellente ; il y a pincement préventif des utérines, mais pas de pinces encombrantes, puisque celles-ci sont enlevées de suite. Pas de morcellement, l'excision bi-fragmentaire, en effet, ne peut être considérée comme telle. Le dégagement dans l'axe est toujours possible et facile (en cas d'utérus cancéreux), grâce à la section médiane. Le placement des pièces consécutives est bon puisqu'il se fait de haut en bas et abaisse les moignons dans le vagin. Toutefois, Quénu a modifié sa technique de telle sorte que, comme Doyen (2e manière), il ne fait plus du tout d'hémostase préventive, ce qui lui a paru plus simple.

(1) Quénu. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891.

IV. — *Procédé de Tuffier* (1).

La technique de Tuffier peut se résumer ainsi :

Premier temps. — Incision circulaire du col.

Deuxième temps. — Libération du col en avant, en arrière et sur les côtés.

Troisième temps. — Pincement préventif des utérines par l'angiotribe de Tuffier placé longitudinalement et tout contre l'utérus. Pas de ligature ni de pinces de sûreté.

Quatrième temps. — Dégagement de l'utérus en rectitude incomplète, antéflexion légère par tractions sur la paroi antérieure résectionnée, comme Doyen.

Cinquième temps. — Hémostase dernière de l'utérus ovarien. Celle-ci est faite par une application de l'angiotribe de Tuffier. Aucune pince et aucune ligature.

Pansement.

V. — *Procédé de Doyen* (2e manière) (2).

Tout récemment Doyen vient de modifier son procédé d'hystérectomie vaginale très connu, pour revenir à l'hémostase préventive des utérines, mais avec cette particularité que cette hémostase préventive est : 1° réalisée par vasothripsie ; 2° assurée par une ligature. Ce procédé consiste dans l'exécution des temps suivants.

Premier temps. — Incision circulaire du col comme de coutume. Pour cancer, excision d'une rondelle de vagin.

Deuxième temps. — Libération du col en avant, en arrière et sur les côtés.

Troisième temps. — Pincement préventif des utérines par l'angiotribe de Doyen placé parallèlement à l'uterus au bas du tissu utérin lié par une pince ordinaire. L'artère et ses branches se trouvent alors détruites ; mais pour plus de sûreté une ligature est mise sur la région ligamentaire qui vient d'être écrasée et réduite à une mince lamelle celluleuse.

Quatrième temps. — Dégagement de l'utérus en rectitude incomplète (antéflexion légère). Les tractions sont en effet exercées sur la seule paroi antérieure de l'organe incisée sur la ligne médiane (hémisection médiane), ce qui n'infléchit plus que légèrement l'organe utérin. Dans la première méthode de l'auteur, l'antéflexion, au cours du dégagement, était beaucoup plus marquée.

Cinquième temps : Hémostase dernière de l'utéro-ovarienne. — Celle-ci est faite par une application oblique de l'angiotribe de Doyen, suivie d'une ligature de sûreté. Excision de l'utérus et des annexes.

Pansement. — Fermeture du vagin s'il y a lieu.

En résumé, les cinq procédés de cette classe se répartissent en deux séries; la première diffère des autres par le morcellement (Segond). La seconde au contraire est composée de quatre procédés, très superposables dans leurs grandes lignes (Martin, Quénu, Tuffier, Doyen). Quénu a sur Martin la supériorité d'obtenir toujours facilement le dégagement de l'utérus parce qu'il le fait dans l'axe, en rectitude complète, grâce à la *bisection médiane*; au contraire l'extraction par rétroflexion de A. Martin, n'est pas toujours possible. Tuffier et Doyen se distinguent de Quénu en ce qu'ils pratiquent l'extraction de l'utérus grâce à l'*hémisection antérieure*, c'est-à-dire qu'ils obtiennent en tirant sur la paroi utérine antérieure sectionnée, un dégagement en légère antéflexion. Et cependant puisque tous deux, par la complète libération périphérique du col, paraissent rechercher l'extraction de l'utérus en rectitude, il est assez curieux qu'ils ne s'adressent pas à la bisection médiane de Quénu, la seule qui donne une extraction en complète rectitude. Le point capital qui sépare Tuffier et Doyen de Quénu, est le mode d'hémostasie. Tuffier et Doyen, en effet, font l'hémostase avec l'angiotribe et non avec des fils seulement ou des pinces. Tuffier diffère de Doyen, par ce double fait que l'angiotribe de l'un n'est pas le même que celui de l'autre, parce que surtout, l'un ne laisse aucune pince ni ligature (Tuffier), l'autre laisse des ligatures de sûreté. L'avenir nous apprendra bientôt s'il y a vraiment intérêt à abandonner l'hémostasie à la mode ancienne des pinces ou ligatures, pour les nouveaux procédés. Il nous apprendra aussi si le Tuffier est supérieur au Doyen. Mais jusqu'à nouvel ordre, c'est au Quénu qu'appartient la supériorité dans les procédés de cette classe.

(1) Tuffier. — *Revue de chirurgie abdominale et de gynécologie*, n° 4, 1898.

(2) Doyen. — *Revue de chirurgie abdominale et de gynécologie*, n° 5, 1898.

C. *Les hystérectomies vaginales à hémostase exclusivement préventive d'un seul côté, et exclusivement consécutive de l'autre.* (Pas de morcellement.)

Cette classe n'est representée jusqu'ici que par un seul procédé. C'est l'ancien procédé français. La section prématurée d'un seul ligament large, qu'on ligature ou qu'on pince tout d'abord, a comme conséquence l'extraction de l'utérus en latéro-version. On termine par l'hémostasie, puis la section dernière du deuxième ligament large.

Ancien procédé français.

Premier temps : Incision circulaire du col.

Deuxième temps : Décollement du tissu paramétrique en avant et en arrière, jusqu'à l'ouverture des deux culs-de-sac vésico-vaginal et de Douglas.

Troisième temps : Hémostasie préventive du ligament latéral gauche, dégagement de l'utérus en latéro-version. — Une longue pince à ligament large est placée de la base vers le bord supérieur du ligament large gauche, tout contre l'utérus, le bec en haut dépassant le niveau de l'aileron supérieur. Cette pince est appliquée en se servant des doigts de la main gauche qui insinués contre le bord utérin préparent la voie aux longs mors des pinces. Une fois serrée cette première pince, on fait une section en dedans d'elle et l'utérus se laisse abaisser par la main gauche de l'opérateur, l'organe n'étant plus retenu que par un second pédicule vasculaire.

Quatrième temps : Hémostase dernière du ligament large droit. Excision de l'utérus. — Placement d'une pince hémostatique de même longueur au ras du bord droit de l'utérus, sur le ligament large droit, et de la même manière qu'à gauche, manœuvre qui est beaucoup plus facile. Section en dedans de la pince, l'utérus reste dans la main gauche. C'est une extirpation monofragmentaire.

Cinquième temps. — Traitement des annexes : ablation ou non par section en dedans des pinces hémostatiques.

Pansement.

Ce procédé a été assez souvent mis en pratique, en France, après 1885, pour cancer utérin. Il a été considéré comme s'appliquant à tous les cas où le Récamier-Czerny, c'est-à-dire le dégagement en antéversion ou

rétroversion, ne paraissait pas possible. Soit par nécessité, au cours d'un renversement impossible, soit de propos délibéré, on a été amené à extraire l'utérus en latéroversion. Remarquable par sa simplicité, un peu d'hémostase préventive, la suppression de tout morcellement, ce procédé, séduisant en apparence, est sans valeur. C'est d'ailleurs pourquoi il est totalement abandonné. 1° L'hémostase avec une seule pince de chaque côté, est imprudente; il faut qu'une deuxième pince, parallèle, de sûreté, soit mise en prévoyance de rupture ou de dérapement; 2° une seule pince à mors longs, ainsi placée, serre bien dans le voisinage de la base du ligament large, c'est-à-dire auprès de l'articulation de la pince. Mais il y a presque toujours une zone de mauvais pincement au bord supérieur du ligament large, au niveau du bec de l'instrument; 3° le bec de la pince, en contact avec l'intestin, laisse les pédicules septiques haut situés en pleine cavité péritonéale. Au total, aucune garantie au point de vue de l'hémorragie, aucune garantie au point de vue de l'infection de la grande séreuse. L'on a remédié en partie à l'un de ces défauts, en étageant trois pinces longuettes courtes superposées de bas en haut, de chaque côté, au lieu d'une seule longue pince. De ce fait, l'hémostase est bien assurée, mais la menace du péritoine par les pédicules septiques élevés, demeure la même et suffit à condamner le procédé. Aujourd'hui il ne trouverait plus son application que dans des cas exceptionnels, nécessitant la section prématurée d'un ligament large; encore serait-il bon de refaire ensuite un pincement consécutif de haut en bas sur les 2 ligaments larges, pour le rendre acceptable. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance des vieillards dans le département de la Seine.

L'Hospice Favier de Bry-sur-Marne.

L'Assistance des vieillards et des infirmes a fait dans ces dernières années de remarquables progrès dans les communes suburbaines du département de la Seine. Outre les secours à domicile qui, en 1897, étaient partagés entre 642 personnes, à savoir 374 vieillards infirmes et 268 vieillards valides, secours qui s'élevaient à la somme de 100.583 fr. 40, dont 33.537 fr. 80 étaient à la charge du département ; outre les maisons de Nanterre et de Villers-Cotterets, il existe dans les communes de la Seine treize hospices communaux disposant de 520 lits et deux hospices intercommunaux avec 162 lits. Ces deux derniers hospices ont été fondés par les Syndicats de communes qui se sont constitués en vertu des lois de 1884 et de 1890 qui autorisent la formation de Syndicats de ce genre pour les œuvres d'utilité intercommunale. C'est ainsi que l'hospice intercommunal de Fontenay-sous-Bois, qui dispose de 70 lits, est destiné aux communes de Fontenay, Montreuil et Vincennes, et que celui de Pantin, qui comprend 92 lits, dépend des communes de Bagnolet, des Lilas, du Pré-Saint-Gervais et de Pantin. Cette œuvre d'Assistance a été heureusement accrue de l'hospice Favier de Bry-sur-Marne, que M. le Président de la République a inauguré le 4 février 1899 (1).

(1) Voir Bompard, *Bulletin municipal des Communes*; — Bourneville, *Manuel de l'Infirmière*, t. II, pp. 165 et 166.

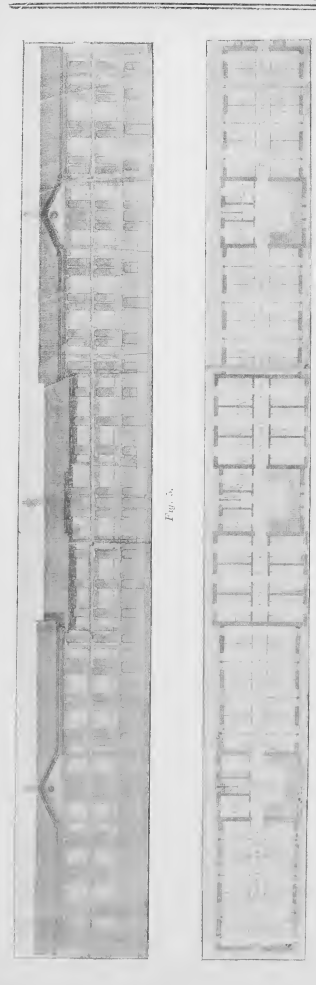
L'hospice intercommunal Favier de Bry-sur-Marne mérite plus qu'une simple mention. Il constitue un progrès réel dans l'œuvre d'Assistance de la vieillesse et son histoire est d'un vif intérêt pour tous ceux qui s'occupent des questions d'Assistance.

Cet hospice comprend le château de Bry-sur-Marne et ses dépendances, dont le contrôleur général des finances Etienne de Silhouette était propriétaire en 1760. Ce château fut successivement acquis par le baron Louis, ministre des Finances sous Louis XVIII et Louis-Philippe; par le chocolatier Devinck (1857) et enfin par M. Favier, dont la veuve, Mme Favier, née Tozzi, est la fondatrice et la bienfaitrice du nouvel hospice. La propriété comprend, en plus du château, un parc superbe dominant la vallée de la Marne, parc qui, ayant été respecté, enlève à l'hospice l'aspect morose et administratif des établissements de ce genre. Un ancien maire de Bry, M. Mentienne, en 1892, a fait don à l'hospice d'un jardin potager voisin qui augmenta notablement la propriété de Mme Favier. Dans l'acte de donation du 19 mars 1890, Madame Veuve Favier faisait don au département de la Seine de sa propriété « à charge de maintenir, sous la dénomination de Favier, l'institution créée par elle, et où seraient reçus des vieillards ayant au moins trois ans de séjour dans le département de la Seine, sans distinction de culte ni d'opinions ». Elle se réservait le droit d'y placer 4 vieillards de son choix en versant pour leur entretien au département la somme de 600 fr. pour chacun d'eux.

Le Préfet de la Seine fut autorisé, par décret du 10 janvier 1893, à accepter la donation de Mme Favier, tandis que le Conseil général, dans une délibération du 26 décembre 1891, s'engageait à faire de la fondation Favier un hospice départemental.

Les communes de la Seine pouvaient y placer des vieillards en prenant l'engagement de payer 600 francs par an et par lit pour la moitié des lits concédés, occupés ou non. Le prix de la journée pour les vieillards placés facultativement en dehors de la moitié des lits concédés fut fixé à 1 fr. 64. Il va sans dire que ces prix peuvent être abaissés au fur et à mesure de l'augmentation du nombre des pensionnaires. La limite d'âge minimum pour être admis, qui était de 65 ans pour les hommes, fut abaissée à 60 ans pour les femmes. Huit communes (1) avoisinantes s'abonnèrent, mais ainsi installé l'hospice Favier n'offrait que trente-six places aux nombreux vieillards indigents qui attendaient leur hospitalisation. Mû par de nobles sentiments de philanthropie et de fraternité auxquels on ne saurait trop rendre hommage, le Conseil général du département de la Seine décida l'exécution de constructions nouvelles pouvant porter à 160 le nombre des pensionnaires de l'hospice Favier. C'est le nouveau bâtiment qui vient d'être inauguré, et son aménagement fait le plus grand honneur à l'architecte du département, M. Lequeux, et à M. Le Roux directeur des affaires départementales, ainsi qu'au maire de Bry-sur-Marne, M. Duhamel, qui ont surveillé sa construction et son organisation

(1) Charenton, Nogent-sur-Marne, Saint-Mandé, Le Perreux, Saint-Maur, Joinville-le-Pont, Bry-sur-Marne, Saint-Maurice.


Fig. 5.
Fig. 6.

Le nouveau pavillon de l'hospice est situé dans la partie élevée du parc et est parallèle à la grande allée d'arbres qui le traverse. Il est donc, au point de vue de l'hygiène et du site, dans des conditions exceptionnelles. L'ancien château est réservé au personnel, à la lingerie et au vestiaire, tandis que les nouvelles constructions seront entièrement réservées aux vieillards hospitalisés.

Au rez-de-chaussée sont les réfectoires, les cuisines, les chauffoirs, les salles de réunion, les salles de bains.

Au premier et au second, le pavillon central est divisé en 12 chambres de deux lits à chaque étage, destinées à recevoir chacune un ménage de vieillards, tandis que les deux ailes sont occupés par des dortoirs de 14 lits, à gauche pour les femmes et à droite pour les hommes.

Un progrès très appréciable a été réalisé dans l'aménagement des dortoirs, mais cédons à ce sujet la parole à M. Raoul Bompard, l'éminent député de Paris, dont nul n'ignore la compétence en matière d'assistance et qui donne dans le *Bulletin municipal des Communes* la description suivante des dortoirs de l'hospice Favier :

« Donnons un seul détail, écrit M. R. Bompard, pour montrer la sollicitude qui a présidé aux aménagements intérieurs. Tous ceux qui ont été amenés par leurs fonctions à s'occuper d'hospitalisation savent quelle répugnance éprouvent les indigents à venir finir leurs jours dans des dortoirs.

« Pour peu qu'un sentiment de dignité et de fierté personnelles subsiste en eux, les vieillards considèrent comme une insupportable humiliation cette promiscuité des maisons de retraite qui ne leur permet de rien cacher à leurs voisins, pas même les infirmités souvent répugnantes que l'âge amène à sa suite. — A l'hospice Favier, chaque assisté jouira d'un box particulier où il pourra réunir quelques bibelots, souvenirs des meilleurs moments de son existence et des affections disparues; il aura le sentiment d'avoir un coin à soi, où il se sentira chez lui, à l'abri des curiosités malveillantes. »

Et après avoir exposé les conditions d'abonnement que le département fait aux communes, M. R. Bompard ajoute :

« Tout semble donc réuni pour inciter les communes à profiter de conditions aussi avantageuses à la fois pour leurs finances et pour le bien-être des vieillards hospitalisés, et je sais des représentants de Paris qui regretteront de ne pouvoir faire profiter leurs électeurs d'avantages aussi considérables.

« Les communes suburbaines sont donc en voie de posséder des ressources sérieuses pour l'hospitalisation de leurs vieillards.

« Dès aujourd'hui, elles ont à leur disposition 555 lits dans les hospices communaux, 162 dans les hospices intercommunaux, 34 à l'hospice Favier, soit au total 751 lits.

« Avec les 120 lits que procurera l'agrandissement de la maison de Bry-sur-Marne, nous arrivons à un total de 871 places d'hospices, et, si l'on tient compte des 642 personnes assistées à domicile, on voit que plus de 1.500 vieillards seront secourus dans le département de la Seine, en dehors de Paris.

« C'est un résultat trop honorable pour qu'il ne fût pas utile de le faire connaître. »

M. R. Bompard a raison, il est utile de publier ces résultats où le département et les communes de la Seine donnent un bel exemple à beaucoup d'autres départements et communes de France, dont l'unique souci est d'éviter les obligations de la loi sur l'Assistance médicale et dont l'Assistance aux vieillards est la moindre des préoccupations. C'est aussi la thèse que le *Progrès médical* et son rédacteur en chef, le Dr Bourneville, ont toujours soutenue. Nous nous souvenons d'avoir entendu discuter, il y a deux ans, au Congrès national d'Assistance de Rouen la question de l'assistance des vieillards et des infirmes, et nombre des orateurs ne cachaient pas qu'ils la considéraient comme un rêve imparfaitement réalisable dans une grande et riche cité. Les fondations départementales comme l'hospice Favier, et il en existe dans d'autres départements, sont une preuve éloquente de la possibilité d'aboutir et nous devons applaudir sans réserves aux efforts du département et des communes de la Seine qui prennent à cœur de remplir les devoirs que leur imposent la fraternité et la solidarité républicaines (v. p. 95).

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 janvier 1899.

L'exploration clinique des fonctions rénales et la glycosurie phloridzique.

M. Achard. — On sait que la phloridzine injectée sous la peau ou insérée directement détermine, quand le rein du sujet est sain, une glycosurie expérimentale. Mais si le rein est lésé, la substance précédente, d'après les observations de Klemperer, ne produit plus de glycosurie. Il en résulte un moyen d'explorer le rein d'une façon nouvelle au moyen de la glycosurie phloridzique. A cet effet, la phloridzine est injectée sous la peau à la dose minime de 5 milligrammes et le sucre est recherché dans l'urine recueillie méthodiquement à partir du moment de l'injection. Il importe, bien entendu, de s'assurer au préalable que le sujet n'est pas atteint de glycosurie spontanée. Quand les reins sont indemnes, le sucre passe dans l'urine pendant environ trois heures et sa quantité varie de 0 gr. 5 à 2 gr. 5. Dans la majorité des cas où l'ensemble des symptômes permet d'admettre un mauvais fonctionnement des reins, la glycosurie fait défaut ou bien elle est minime. Plusieurs autopsies ont vérifié et confirmé la valeur de l'épreuve qui n'exclut pas d'ailleurs les autres moyens d'exploration du rein.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 février 1899. — Présidence de M. Gellé.

MM. Besançon et Griffon ont recherché un milieu de culture pour le *microbe tuberculeux*, se rapprochant le plus possible des milieux de l'organisme vivant; ils ont tenté de cultiver le bacille sur le sang même, non modifié, des animaux de laboratoire. Voici la technique proposée : Dans des tubes contenant de la gélose fondue dans une certaine quantité de bouillon, maintenue liquide au bain-marie, on reçoit aseptiquement le sang au sortir de l'artère de l'animal ; on fait le mélange en évitant de secouer le tube ; on le pose sur un plan incliné; en refroidissant, la masse de gélose emprisonne le sang. On a ainsi un terrain de culture où, grâce au substratum de gélose qu'on lui a fourni, le sang constitue sans être modifié un milieu solide utilisable. Pour que le milieu ait plus de consistance, la gélose est ajoutée au bouillon dans la proportion de 2 0/0. On y ajoute 6 0/0 de glycérine. Sur ce milieu, le bacille tuberculeux se développe très abondamment et d'une façon très précoce, soit qu'il ait été repiqué d'une autre culture, soit qu'il provienne directement d'un cobaye tuberculeux. Ce milieu doit être placé à côté du milieu pomme de terre glycérinée (procédé de Nocard), qui réussit mieux encore si l'on emprisonne la pomme de terre glycérinée dans de la gélose.

M. Leredde. — Les lésions sanguines décrites dans la *dermatose de Duhring* par l'auteur (pemphigus végétant et pemphigus foliacé) ont des caractères spécifiques, dominés par l'éosinophilie ; il y a excrétion de cellules éosinophiles à travers la peau. Dans tous les cas d'érythèmes l'auteur a reconnu des lésions sanguines. Les malades étudiés sont au nombre de huit atteints d'érythème polymorphe récidivant, d'érythème antipyrinique, d'herpès cataménial, d'érythème scarlatiniforme récidivant, de purpura, d'urticaire aiguë à la suite de surmenage, d'urticaire chronique d'origine gastrique, d'érythème rubéolique généralisé. Plusieurs de ces malades avaient une légère leucocytose, une diminution des hématies et de l'hémoglobine. Chez presque tous, il y avait modification dans le rapport physiologique des formes leucocytaires; chez tous des leucocytes anormaux, quelquefois des cellules basophiles de la moelle osseuse. Les altérations morphologiques du sang indiquent une intoxication agissant sur les cellules endothéliales des capillaires cutanés, ce qui entraîne la lésion de la peau.

M. Phisalix a étudié la *résistance du hérisson au venin de la vipère*; un mémoire de M. Lewin confirme ses recherches; mais il attribue l'immunité à ce que les tissus sont réfractaires et non à ce que les humeurs sont immunisantes. M. Phisalix trouve que sa démonstration n'est pas probante.

M. Marchand, au nom de M. Toulouse : ils ont étudié la *température d'un maniaque*, à l'état de calme ou d'agitation. La température s'élève avec l'agitation. C'est à minuit que la différence (5/10 de degré) est plus grande; à 6 heures du matin 3/10, à midi 1/10, et à six heures 8/100 de degré. Est-ce l'élévation thermique, plus considérable la nuit, qui crée l'agitation, ou faut-il que l'agitation soit plus grande pour déterminer cette température augmentée la nuit ? Les deux phénomènes s'influencent réciproquement sans doute.

MM. Vaquez et Bousquet ont étudié le titre des *solutions salines pour injections*. La solution employée par M. Malassez, 10/1.000 de NaCl, est celle qui altère le moins le sang. Pour Hamburger, Dresser, la solution très voisinage de 9,3/1.000 est isotonique au sérum normal. Dans les cas pathologiques où dans le sérum on trouve des proportions de NaCl beaucoup plus considérables (17.3 pour 1.000), et où la tension sanguine est réglée ainsi, il y aurait de graves inconvénients à se servir pour injection intraveineuse de ces solutions hypochlorurées employées d'ordinaire à 7,5/1.000.

MM. Gilbert et Weil ont étudié les leucocytes dans cinq cas de chlorose vraie et dans un cas d'anémie tuberculeuse. Les éléments y furent toujours altérés. Dans deux cas il y eut leucocytose et dans deux leucohémie. Les éosinophiles étaient changés de proportion, augmentés dans un cas, diminués dans d'autres : les mononucléaires augmentés de proportion. Ces lésions des leucocytes très manifestes ont été vues par M. Hayem dans l'anémie pernicieuse progressive.

M. Abadie présente un goitre exophtalmique avec exagération du symptôme exophtalmie, guéri par la résection des sympathiques cervicaux.

M. Langlois a vu chez de tout jeunes embryons de moutons que l'extrait de la capsule surrénale contient un principe actif.

MM. Guinard et Martin (de Lyon), ont chez un supplicié préparé l'extrait des capsules surrénales. Les inoculations de ce suc ont donné les effets toxiques ordinaires sur les animaux.

MM. Grandmaison et Cartier ont décelé le streptocoque

pur dans le foie et les reins d'un enfant mort de pleurésie purulente quelques jours après sa naissance. L'enfant aurait été infecté par sa mère avant la naissance, et celle-ci n'aurait eu de la fièvre puerpérale que quelques jours après l'accouchement.

MM. Wertheimer et Lepage énoncent le résultat de leurs recherches sur le chien après section d'une moitié du bulbe et l'excitation du gyrus sigmoïde.

M. Henri a détruit le labyrinthe d'un seul côté chez des couleuvres. Ces animaux ont un mouvement de rotation sur eux-mêmes, s'exécutant toujours dans le sens de la lésion. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 février 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

De l'appendicite.

M. Dieulafoy insiste sur les accalmies traîtresses de l'appendicite. Voici ses principales conclusions : 1° Les symptômes bruyants et douloureux de l'appendicite, la douleur abdominale, les vomissements, la fièvre sont parfois suivis d'une brusque détente avec disparition des douleurs, chute de la fièvre, état de bien-être du malade. 2° Cette brusque détente, cette défervescence n'est pas toujours le signal d'une amélioration réelle du mal, c'est parfois une fausse détente, une accalmie trompeuse, une accalmie traîtresse. 3° Il est même à remarquer que cette accalmie trompeuse et traîtresse coïncide assez souvent avec la formation des lésions les plus redoutables : gangrène de l'appendice, septicémie péritonéale, péritonite diffuse. 4° Les accalmies traîtresses de l'appendicite sont, le plus souvent, la cause de la mort. Un médecin ou un chirurgien trop temporisateur ou trop hésitant saisit avec empressement cette soi-disant détente de la maladie pour ajourner et pour éviter l'intervention chirurgicale, croyant qu'il sera toujours temps d'opérer plus tard « à froid », mais bientôt de terribles accidents surviennent contre lesquels le traitement chirurgical est lui-même impuissant, et le malade succombe. 5° Méfions-nous des accalmies traîtresses de l'appendicite, sachons les reconnaître et faisons opérer nos malades sans tarder si nous ne voulons pas les exposer à la mort.

M. Reclus s'associe à ces conclusions. En dehors de quelques formes tellement graves d'emblée qu'elles ne laissent aucun espoir, la règle adoptée par M. Reclus est la suivante : « Opérons toujours quand le diagnostic d'appendicite a été posé d'une façon précise. Opérons le plus vite possible, sauf dans certains cas, où la maladie marche franchement vers la guérison, et où le malade peut être très attentivement surveillé et très rapidement opéré en cas d'accident. »

L'alcoolisme des femmes normandes.

M. Brunon fait une communication sur l'alcoolisme en Normandie, dans laquelle il montre la fréquence excessive de cette intoxication chez les femmes normandes, et particulièrement chez les nourrices de ce pays, et le danger social qui en résulte.

Election.

Classement des candidats pour la place vacante d'associé national :

En 1re ligne : M. Moniez (de Lille). En 2e ligne : MM. Brunon (de Rouen), Coyne (Bordeaux), Vincent (de Rochefort). En 3e ligne : MM. Catrin (de Valenciennes), Lalesque (d'Arcachon). A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 février 1899. — Présidence de M. Raymond.

Gangrène du poumon.

M. Galliard rapporte l'observation d'un malade de son service, âgé de 52 ans, qui présentait, en entrant à l'hôpital, des signes de broncho-pneumonie à gauche. Quinze jours après, les signes d'hépatisation persistèrent à la base, l'haleine devint fétide et le malade rendit des crachats purulents. La fièvre atteignit 40°,3. Une ponction exploratrice ne donna pas de résultats. M. Galliard montra le malade à M. Blum qui pratiqua la pleurotomie et ouvrit au moyen du thermo-cautère un petit foyer purulent ; le malade mourut. A l'autopsie on trouva deux autres petits foyers purulents gangréneux, une loge d'empyème enkysté et pas trace de tuberculose.

Polyurie nerveuse chez un enfant.

M. Ausset (de Lille) présente un enfant de 4 ans qui, à la suite d'une infection, est atteint de polyurie et de polydipsie, il boit 10 litres de liquides et en urine 9 en 24 heures. Les urines ne sont pas altérées, elles sont simplement diluées. Il met sur le compte de l'hystérie ces accidents urinaires.

M. Souques met en doute l'existence de l'hystérie chez un enfant de 4 ans, il se demande si l'on n'a pas affaire à la polyurie qui accompagne fréquemment la dégénérescence mentale.

Pleurésie putride.

M. Rendu et M. Rist ont soigné deux cas de pleurésie putride à début brusque et à symptômes typhoïdes très graves qui ont nécessité l'opération de l'empyème d'urgence et des lavages au permanganate de potasse. Des microbes anaérobies analogues à ceux découverts dans des cas semblables par MM. Veillon et Zuber, et quelques rares streptocoques existaient dans le pus de ces malades. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 janvier 1899. — Présidence de M. Berger.

La séance a été consacrée à la lecture des discours de M. le Président et de M. le Secrétaire général.

La Société a décerné les prix suivants :

Prix Marjolin-Duval : M. Vanverts.

Prix Laborie : partagé entre MM. Wiart et Courtillier.

Prix Ricord : n'est pas décerné. Un encouragement de 600 francs est accordé à M. Marcel Baudouin.

Nous extrayons du remarquable discours de M. Reclus, consacré à l'éloge de René Marjolin, les passages suivants :

« René Marjolin naquit à Paris, le 4 juin 1812. René suivit les cours du collège Charlemagne ; il y fit de bonnes études et en sortit pour prendre ses inscriptions à la Faculté de Médecine ; il avait alors 18 ans et ses débuts dans la carrière furent rudes : le jeune bénévole était à Beaujon, dans le service de son père, lorsque le peuple de Paris renversa Charles X. Ce spectacle de la guerre civile, que le destin ne devrait infliger qu'une fois au même homme, il le revit aux journées de Juin, au coup d'Etat et pendant la Commune. Ses émotions des « trois glorieuses » étaient à peine dissipées que le choléra plonge Paris dans l'épouvante. La guerre civile et la peste, ce fut là son initiation. Y découvrit-il « le sens de la vie »? Toujours est-il que, dans son indignation devant les cruautés et les douleurs, devant le mal que font l'homme et le destin, il se rangea dès lors à côté du pauvre, avec les malheureux et les déshérités.

« Ses études médicales furent solides. Dupuytren le prit comme externe : en accordant ce rare privilège au fils, il montrait en quelle estime il tenait le père. Tout en préparant son concours au Bureau central, il fit plusieurs voyages d'étude. Notre voyageur constate que, sur bien des points, on fait mieux ailleurs que chez nous ; il faut donc étudier les méthodes étrangères. Le patriotisme ne consiste pas à mépriser ce qui est hors de nos frontières ; il faut que notre pays soit le meilleur et le plus libre. Cette patrie que nous adorons, nous la voulons telle que la firent nos ancêtres, intacte au dedans, au dehors, et toujours généreuse. René Marjolin fut nommé chirurgien du Bureau central à 30 ans, et l'année suivante, en 1843, il prenait la part la plus active à la fondation de notre Société.

« Il fut nommé chirurgien de Sainte-Marguerite, et de cette époque date sa vraie mission chez les pauvres. Le milieu était propice : en plein faubourg Saint-Antoine, au centre du foyer

de misère, il voyait s'accumuler dans ses salles tous les déchets de la rue, tous les enfants blessés et infirmes, négligés ou même abandonnés par leurs parents, les pervertis, les inoculés, les tarés. Il fallait, après les avoir guéris, songer pour eux, d'abord au pain du lendemain, puis essayer de les enlever à l'armée du crime : tâche rude, mais Marjolin trouve des auxiliaires, les deux chefs de service, Jules Bergeron et Barthez.

« Marjolin arrivait à son service à sept heures et demie ; il devait être bien matinal puisqu'il venait à pied de Montmartre : encore les ironistes prétendaient-ils qu'il passait par le Muséum, où l'attirait sa passion pour les plantes et les bêtes. A son entrée dans les salles, un grand silence se faisait parmi les enfants ; il examinait chaque nouveau petit malade, et, de préférence, ceux que menaçait la coxalgie, dont il dépistait très bien les signes avant-coureurs. Comme son père, et plus encore que lui, il ne prenait le bistouri qu'avec une extrême réserve.

« Pendant toute sa carrière hospitalière, René Marjolin resta fidèle à Sainte-Eugénie. La guerre l'y trouva. Nos désastres lui furent un deuil inoubliable, mais il redoubla d'activité et ajouta à ses devoirs des devoirs nouveaux.

« Le 18 mars, éclate la guerre civile : elle lui fut particulièrement odieuse, car il la connaissait pour l'avoir vue en 1830, en 1848 et en 1852 ; il savait ce qu'elle soulève de cruautés et le peu que pèse alors le meurtre à la conscience des fanatiques. Mais lui, témoin révolté de tant d'horreurs, il ne songea qu'à diminuer les haines ; il n'oublia jamais que des frères étaient en présence et qu'ils s'entretuaient.

« René Marjolin avait alors 60 ans ; l'âge de la retraite allait sonner pour lui : il la devança et, en 1872, il donnait sa démission de chirurgien de Sainte-Eugénie. Ce n'est pas le repos qu'il cherchait ; jamais, au contraire, il ne se dépensa plus qu'à partir de cette époque, vraiment la plus belle de sa belle vie. Je sais une charité haïssable, la charité hautaine de ceux qui donnent pour se croire meilleurs que le reste des hommes, mais où se trahit et perce de tous côtés le mépris de ceux qu'elle secourt. La charité que ne dictent pas la pitié et l'amour n'est pas la charité ; elle récolte l'ingratitude et c'est justice. La vraie charité est fraternelle et ce fut celle de René Marjolin : il ne croyait pas que le pauvre doit être intelligent, sobre et travailleur pour qu'on daigne s'occuper de lui ; ceux qui réunissent toutes ces vertus n'ont pas besoin qu'on les aide, et même le monde est à eux. Il savait le pauvre souvent paresseux, souvent ivrogne, peu scrupuleux : mais il aimait Lazare, malgré ses ulcères, et c'est pourquoi son apostolat fut fécond.

« Le soir, après ses journées fatigantes, Marjolin restait avec sa femme dans ce paisible hôtel de la rue Chaptal qu'ils habitaient depuis la mort d'Ary Scheffer et que peuplaient leurs souvenirs d'enfance et de jeunesse. Mais ses forces diminuaient et il connut que le terme de sa carrière était proche... Il s'éteignit le 7 mars 1895 ; il avait vécu 83 ans.

« Ainsi se déroula, dans la bonté et dans la charité, la vie de ce héros du bien. Non ! il n'est pas possible qu'un pays où naissent de tels hommes ne reste pas la terre de la fraternité ! A cette heure trouble, on conteste le droit, on raille la justice, le mal devient le bien, la vérité est honnie et le mensonge honoré... Allons-nous donc périr dans cette tourmente, et serait-ce la fin de notre douce France ? On voit dans les causses des Cévennes, telle rivière s'engloutir tout à coup dans un gouffre ; on la croit perdue, lorsque loin, très loin, le flot rejaillit au pied des rochers, sous les clairs rayons du soleil. C'est ainsi qu'il reparaîtra notre beau fleuve de justice et d'amour ; nous le verrons monter à la lumière, plus joyeux encore après sa course souterraine, et sûrement grossi de quelque torrent nouveau. »

P. R.

MARIAGE. — Cette semaine a été célébré, à la mairie du VIII[e] arrondissement, le mariage de M. Louis Azéma, avocat à la Cour d'Appel, avec M[lle] Louise Lixauer, docteur en Médecine des Facultés de Genève et de Paris, licenciée ès sciences naturelles. Les témoins du marié étaient : M. Delpech, sénateur de l'Ariège, et M. Georges Martin ancien sénateur. Témoins de la mariée : M. Lowensten, banquier, et M. le D[r] Marfan, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement chirurgical de l'infection péritonéale précoce par P. BATIGNE. (Thèse de Paris, 1898.)

Le D[r] Batigne étudie dans son travail inaugural le traitement chirurgical de l'infection péritonéale précoce et à marche rapide, de cette forme si grave qui succède parfois et trop souvent encore aux opérations abdominales pratiquées chez la femme.

L'idéal serait de l'éviter par la prophylaxie la plus sérieuse, mais cet heureux résultat est parfois, malgré tout, absolument impossible à obtenir, et c'est à combattre les formes déclarées que chirurgien doit employer toute son énergie.

L'auteur nous dit qu'on a déjà lutté par des moyens qui sont loin d'être sans valeur, en s'efforçant de combattre le collapsus cardiaque, la dyspnée, de soutenir les forces de la malade, en ayant recours au sérum, à la caféine, etc..., à la médication purgative, très bons éléments de lutte, mais ayant le défaut de ne point s'attaquer directement à la cause même du mal, et ne pouvant être considérés que comme d'excellents adjuvants d'une autre méthode.

Les tentatives directement faites sur le péritoine n'ont pas donné, il est vrai, d'encourageants résultats ; mais une bonne part de cet insuccès peut s'expliquer par ce fait que l'on intervenait jadis toujours trop tard, et cela à cause, surtout, de la difficulté à déceler l'infection péritonéale tout à fait à son début.

A l'heure actuelle on connaît bien la symptomatologie de l'infection post-opératoire. On ne la confond plus avec le shock, avec l'intoxication médicamenteuse, et l'on possède des éléments suffisants pour agir, et pour agir rapidement dès l'apparition des premiers symptômes.

Ici, un tableau rapide de la septicémie péritonéale et une étude détaillée des caractères du pouls.

L'auteur, après cet exposé, en arrive à l'intervention elle-même. Il insiste pour qu'elle soit tentée de très bonne heure, car les chances de guérison sont d'autant plus grandes que l'on se trouve plus près du début.

La méthode à employer est basée sur ce fait qu'il s'agit de rétention septique, rétention qu'il faut absolument faire cesser. Pour cela, l'ouverture de la cavité abdominale s'impose. Dans certains cas, la simple désunion de la ligne de suture à sa partie inférieure, donnant issue à une quantité plus ou moins considérable d'exsudat, suffit pour faire rapidement disparaître les symptômes les plus alarmants.

Il n'en est pas toujours ainsi, et dans les cas à intoxication suraiguë, où les modifications des symptômes sont extrêmement rapides, où l'on n'a pas, comme dans la variété précédente, de la douleur, de la matité, de la tuméfaction localisées, il faut rouvrir, drainer, laver et établir le drainage abdomino-vaginal. C'est la meilleure manière de faire de fréquents et d'abondants lavages (eau salée surtout) et d'obtenir un écoulement parfait des liquides, car d'une part on a ouvert la cavité abdominale dans son point le plus déclive ; d'autre part, on pourra de haut en bas pratiquer aisément les irrigations.

Chirurgie du Cœur et du Péricarde ; par F. TERRIER et E. REYMOND. (Felix Alcan.)

Dans ce petit volume, MM. Terrier et Reymond traitent, comme l'indique le titre, de la chirurgie du cœur et du péricarde. C'est là une région chirurgicale très étudiée depuis quelques années, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue opératoire. Aussi les auteurs commencent-ils leur ouvrage par l'étude anatomique de la région précordiale et nous trouvons dans cet exposé court et précis, le résultat des recherches les plus récentes. Ayant ainsi bien déterminé les limites de l'espace précordial, chez l'homme normal d'abord, puis dans les différents états pathologiques qui peuvent en modifier les rapports, les auteurs passent à l'étude de la ponction du péricarde, de la péricardotomie et enfin de la chirurgie du cœur lui-même. Pour chacune de ces parties on trouve, nettement formulées, les indications, les contre-indications et les procédés opératoires les plus pratiques et les plus usités. SCH.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.



Photographie P. Petit.

M. le Dr E. ROUX
Sous-Directeur de l'Institut Pasteur.

M. le Dr Emile Roux, élu membre de l'Académie des Sciences la semaine dernière, naquit à Confolens (Charente) le 17 décembre 1853; il fit ses études classiques aux collèges de Confolens, d'Aurillac, puis au lycée du Puy et commença ses études médicales en 1872 à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. Il y resta deux années.

M. Duclaux venait d'être nommé professeur de chimie à la Faculté des Sciences de cette ville; il reçut dans son laboratoire ce jeune étudiant, qui y passait tout le temps que ses études médicales lui laissaient libre. C'est là qu'il prépara son premier travail sur : *Les variations de la quantité d'urée excrétée avec une alimentation normale et sous l'influence du thé et du café*, qui fut inséré aux Comptes-Rendus de l'Académie des Sciences (4 aout 1873) et aux *Archives de physiologie* (1874). Ce travail était fait consciencieusement, l'auteur étant lui-même le sujet en expérience.

M. Roux vint terminer ses études médicales à Paris; il entra au Val-de-Grace, mais les obligations de la vie militaire ne lui permettant pas de satisfaire son goût pour le travail du laboratoire, il quitta l'armée.

Il fut alors attaché à l'Hotel-Dieu, en qualité d'aide de clinique de la Faculté de Médecine (1874) et il y resta jusqu'en 1878, époque à laquelle M. Duclaux, appelé à Paris, fut chargé de faire en Sorbonne une série de conférences de microbiologie. N'ayant pas de laboratoire à Paris, M. Duclaux demanda asile à son ancien Maître, Pasteur, et offrit à M. Roux de lui servir de préparateur. L'illustre savant remarqua bientôt cet élève et lui proposa de l'associer aux recherches qu'il venait de commencer, avec MM. Joubert et Chamberland, sur la maladie charbonneuse.

M. Duclaux, pressentant quelle heureuse influence cette nouvelle situation aurait sur l avenir de son élève l'engagea vivement à accepter : M. Roux devint ainsi préparateur au laboratoire de M. Pasteur.

En 1883, il fut reçu docteur en médecine, avec une thèse : *Nouvelles acquisitions sur la rage,* dans laquelle sont exposés tous les travaux exécutés au laboratoire pendant les années 1881, 1882, 1883 et qui ont conduit à la vaccination antirabique.

Nommé alors sous-directeur adjoint au laboratoire de M. Pasteur, il devint chef de service à l'Institut Pasteur (1888) et sous-directeur (1896), à la mort de son illustre maître.

Avec MM. Chamberland et Thuillier, il collabora à tous les travaux sur l'étiologie du charbon, l'atténuation des virus, la vaccination contre le charbon, les maladies infectieuses, le choléra des poules, la prophylaxie de la rage. Ce sont ces mémorables recherches qui ont amené le triomphe de l'Ecole pastorienne; elles sont insérées aux *Comptes rendus de l'Académie des Sciences* (années 1879 à 1881) et au *Bulletin de l'Académie de Médecine* (années 1880 à 1884).

Seul, ou avec MM. Metchnikoff, Nocard, Straus, Vaillard, ou avec ses élèves MM. Borrel, Chaillou, Martin, Salimbeni, Yersin, le Dr Roux a publié toute une série de notes relatives à la bactéridie charbonneuse, au choléra, à la tuberculose, à la péripneumonie des bovidés, au virus rabique, à la technique bactériologique et surtout à la diphtérie, au tétanos et à la sérumthérapie de ces deux maladies. Toutes ces communications, insérées aux Comptes rendus de l'Académie des Sciences ou dans les *Annales de l'Institut Pasteur,* sont trop connues de nos lecteurs pour que nous insistions davantage.

Rappelons enfin que, au mois d'avril dernier, il présentait au *Congrés de Madrid* une note sur le *Tétanos cérébral et l'immunité contre le tétanos*; ce travail, fait en commun avec le Dr Borrel, semble gros de conséquences théoriques et pratiques pour un avenir peut-être proche.

Cette grande activité fut plusieurs fois récompensée : le Dr Roux a été deux fois lauréat de l'Institut, prix Bréant (1884), prix Alberto Lévi (1896); deux fois lauréat de l'Académie de Médecine, prix Mombine (1884), prix Saint-Paul (1896); enfin, il fut élu membre de l'Académie de Médecine en 1896.

Le Dr Roux n'est pas seulement un homme de laboratoire, travailleur acharné et infatigable; c'est encore un professeur de grand talent. Depuis 1888, il a ouvert à l'Institut Pasteur un cours de bactériologie : et là, devant un public chaque année plus nombreux, composé de médecins français et étrangers, il expose la doctrine pastorienne avec une éloquence d'apôtre, montrant les luttes que l'Ecole de Pasteur dut soutenir contre les idées préconçues.

Après chaque cours, un certain nombre d'élèves peuvent réaliser au laboratoire les principales expériences dont on vient de les entretenir.

Le Dr Roux reçoit en outre dans son laboratoire quelques jeunes savants qui viennent travailler sous sa direction et dont les recherches sont publiées dans les *Annales de l'Institut Pasteur*. Malheureusement, la place lui manque pour répondre à toutes les demandes; lorsque le nouvel Institut Pasteur sera achevé, il pourra augmenter le nombre des heureux privilégiés qui se partagent actuellement ses bienveillants conseils et l honneur d'être ses collaborateurs.

L. Napias.

FORMULES

XXV. — Nouvel enduit pour sondes.

Gomme adragante.	2 gr. 50 centigr.
Glycerine.	10 grammes.
Eau phéniquée (à 3 p. 100). .	90 —

Triturer à froid. (O. Kraus (de Carlsbad.)

Cet enduit est constitué par une pommade grisâtre de la consistance du cold-cream, qui se dissout merveilleusement bien dans l'eau. Il est bien entendu que la gomme adragante étant un mucilage, il ne s'agit pas ici d'une solution dans le sens que la chimie attribue à ce terme. Cependant une sonde recouverte de cette pommade et que l'on fait sécher, se nettoie toute seule par la simple immersion dans de l'eau tiède. Ce fait s'explique par la raison que l'eau entre en proportion très élevée, près de 90 p. 100, dans la composition de cet enduit. (*Ann. des Mal. des org. gén.-urin.*)

VARIA

Inauguration des nouveaux bâtiments de l'hospiee Favier à Bry.

Le samedi 4 février 1899, ainsi que nous le disons plus haut, a eu lieu en présence de M. le Président de la République, l'inauguration des nouveaux bâtiments de l'hospiee Favier à Bry-sur-Marne. Il a été reçu à l'entrée de l'établissement par M. Thuillier, président du Conseil général, membre de la Commission administrative de l'hospice ; M. de Selves, préfet de la Seine, président de la Commission, et les membres de la Commission; M. le Dr Piettre, vice-président du Conseil général; MM. Duhamel, maire de Bry-sur-Marne; Husson, maire de Nogent-sur-Marne ; et Mentienne, ancien maire de Bry-sur-Marne.

De nombreux conseillers généraux de la Seine, des députés, des sénateurs et un très grand nombre de maires et de conseillers municipaux assistaient à cette cérémonie. L'affluenee vraiment considérable de spectateurs et de visiteurs, malgré la mauvaise saison, nous semble un indice que toutes les municipalités du département se préoccupent sérieusement des questions d'assistance.

Deux discours ont été prononcés par M. Thuillier, président du Conseil général et par M. de Selves, préfet de la Seine. Le Président de la République s'est associé en quelques mots à l'œuvre de solidarité entreprise par le Conseil général de la Seine et a remis quelques décorations.

M. Thuillier, après avoir rendu hommage à Mme Favier et à M. Mentienne, qui ont créé ou agrandi la Fondation, a insisté sur plusieurs points qui méritent d'être signalés.

« Avant de retourner en Italie, dit-il, Mme veuve Favier, née Tozzi, voulut donner une somme de 300,000 francs au département de la Seine pour développer sa fondation. Ce sont les exigences du fisc qui, seules, empêchèrent l'acte qu'elle avait fait préparer de recevoir son exécution; Mme Favier, entendant que le don tout entier fût employé à développer son hospice, et le fisc, entendant — en dépit du but désintéressé de la donatrice — prélever 48.000 francs de droits sur cette libéralité. J'ai tenu à signaler le fait afin d'obtenir la modification de règles assez inintelligentes pour devenir parfois spoliatrices des pauvres.

« Le Conseil général prit à sa charge, à partir du 1er juillet 1892, les frais d'entretien et de fonctionnement de l'établissement, sous la réserve de la participation des communes qui placeraient à Favier leurs vieillards.

« Modestement créé, cet hospice sera un établissement d'un genre particulier, fondé par l'initiative privée, doté, transformé et agrandi par le Conseil général, utilisé par les communes.

« L'Assemblée departementale, en entreprenant cette transformation de Favier, n'a pas perdu de vue le principe que l'assistance des vieillards indigents doit incomber à leur commune; mais elle a considéré les difficultés financières qui menaçaient d'ajourner indefiniment la création d'*hospices intercommunaux* dans les régions les moins riches du département — celles où précisément les vieillards ont le plus besoin. . . . .

« C'est, en définitive, pour faciliter à un plus grand nombre de communes l'accomplissement de leurs devoirs d'assistance qu'ont été élevés les batiments que nous venons de visiter. Conçus par l'architecte, M. Lequeux, sans luxe inutile, bien appropriés à leur destination, dotés de tout le confort qu'on est en droit d exiger, dans une situation salubre et charmante, nous souhaitons qu'ils soient bientot totalement occupés. . . . .

Et, puisque cette fête a conduit ici des journalistes, laissez-moi leur demander de mettre la grande voix de la presse au service de cette solidarité speciale, si moralisatrice, souvent réparatrice des torts des individus ou de la société, qu'est l'aide permanente donnée aux vieillards. Que l'éloquence de la presse réussisse à faire surgir seulement quelques initiatives analogues à celle de Mme Favier, et, au déclin de la vie, maints vieillards sans famille verront avec moins d'épouvante leurs forces les trahir et leurs épargnes se dissiper.

« Lorsque, moyennant une somme relativement minime, une fois donnée à leur commune, les vieux travailleurs pourront partout en France assurer leur admission dans des maisons comme celle-ci, un progrès incomparable sera réalisé dans l'organisation de nos moyens d'assistance; une meilleure utilisation sera faite des dons de la charité et des ressources de la collectivité; un pas de plus nous aura rapprochés les uns des autres.

« Je sais bien que tout notre devoir ne sera pas accompli et qu'il nous restera encore, à nous, qui avons à cœur de consoler nos concitoyens vaincus par l'âge, l'infortune ou la maladie, la tâche de rompre leur isolement, de chasser d'auprès d'eux l'ennui et les tristes pensées, de leur démontrer par nos visites, par l'intérêt véritable que nous leur porterons, par l'envoi amical de *livres* et de *journaux*, par l'organisation de *distractions collectives*, que la cordiale fraternité dont débordaient les cœurs de nos pères aux temps de la Révolution a passé dans nos cœurs... »

Nous applaudissons de tout cœur aux idées exprimées par M. Thuillier, puisqu'elles répondent aux idées toujours soutenues iei. L'*assistance à domicile*, — les *pensions représentatives*, — les *boîtes des gares* destinées à recevoir les livres et les journaux pour les hôpitaux et les hospices, — les *bibliothèques pour les malades*, ont eu pour promoteur et pour réalisateur notre rédacteur en chef, le Dr Bourneville. Dr J. N.

Hommage rendu au Pr Farabeuf.

Vendredi, 3 février, à son cours, le savant professeur d'anatomie de la Faculté de Paris a été l'objet d'une touchante et enthousiaste manifestation. Aux applaudissements de plus de trois mille assistants, M. le Dr P. Segond a remis à M. FARABEUF une médaille de Roty, que les amis et les élèves de l'éminent anatomiste avaient fait frapper en l'honneur de son élection à l'Aeadémie de Médeeine. En un très éloquent discours, M. Segond a su rendre aux brillantes qualités de M. Farabeuf un hommage bien mérité, et dans une péroraison qui a suscité des bravos enthousiastes, il fait ressortir tout ce qu'il y avait de consolant pour un pays comme la France, sujet à l'heure actuelle à l'incertitude morale et au désarroi politique, de posséder des hommes tels que l'illustre professeur, aussi grands par la science que par le désintéressement.

Cette eérémonie, qui laissera une profonde impression dans l'esprit de tous les assistants, sera remémorée à chaque souscripteur par un souvenir durable, le comité de souscription devant envoyer à chacun une reproduetion de la médaille de Roty, qui sera pieusement conservée par tous ceux qui ont eu l'avantage d'apprécier les mérites et les services du Pr Farabeuf. J. N.

Les eaux de sourees à Paris.

Les bruits très exagérés accusant l'eau de l'Avre d'être malsaine et de propager la fièvre typhoïde dans le XVIIe arrondissement ont été réduits à leur véritable valeur. Dans la séance du 7 février M. Bompard a posé une question au gouvernement au sujet de la prétendue contamination des eaux de l'Avre.

M. Legrand, sous-secrétaire d'Etat, a tenu à rassurer le public. L'Avre, dit-il, a été trouble du 1er au 8 janvier. Elle est redevenue claire. Elle a été de nouveau légèrement troublée du 13 au 28 janvier. Mais c'est là un phénomène commun à toutes les sources qui ne sont jamais constamment pures. D'ailleurs, on a remarqué que, pendant la période précitée, il y a eu moins de cas de fièvre typhoïde dans les quartiers alimentés par l'Avre que dans les quartiers alimentés par la Vanne. Enfin, on s'est livré à des analyses micrographiques qui démontrent que le nombre des microbes n'avait pas augmenté.

Néanmoins, a ajouté M. J. Legrand, nous avons nommé une commission qui déposera proehainement son rapport. En terminant, M. J. Legrand nous assure que Paris est infiniment mieux alimenté en eau de source que toutes les autres capitales de l'Europe.

« Il est fâcheux, a-t-il dit, qu'à la veille de l'Exposition certains journaux se plaisent à répandre dans le public que nos sources sont empoisonnées. Il serait patriotique que la presse ne publiât plus à cet égard des informations erronées. »

Aetes et Thèses de la Faeulté de Médeeine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies du système nerveux. — M. GILLES DE LA TOURETTE. Policlinique le mercredi à 10 heures, hôpital Saint-Antoine, labotoire Axenfeld.

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 janv. au samedi 28 janv. 1899, les naissances ont été au nombre de 1.218, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 426, illégitimes, 181. Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 426, illégitimes, 185. Total, 611.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 22 janv. au samedi 28 janv. 1899, les décès ont été au nombre de 870, savoir : 445 hommes et 425 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 4. T. 7. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 2. T. 10. — Scarlatine : M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche : M. 6, F. 4, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 7. F. 5, T. 12. — Grippe : M. 4, F. 2, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 103, F. 88, T. 191. — Méningite tuberculeuse : M. 12. F. 7, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 7, T. 24. — Tumeurs béningnes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 29, T. 47. — Méningite simple : M. 10, F. 4, T. 14. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 20, F. 16, T. 36. — Paralysie, M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 7. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 35, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 8, F 9, T. 17. — Bronchite chronique : M 5, F. 18, T. 23. — Broncho-pneumonie : M. 19, F. 21, T. 40. — Pneumonie : M. 19, F. 14, T 33. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 38, F. 19, T. 57. — Gastro-entérite, biberon : M. 7, F. 10. T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerperales : Sénilité : M. 9, F. 15, T. 24. — Suicides : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres causes de mort : M. 67, F. 66, T. 133. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 19. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 5. Total : 24.

Banquet médical. — Les amis et les élèves de M. A. Gombault ont décidé de lui offrir un *banquet* à l'occasion de sa récente nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet, présidé par M. le Pr Brouardel, aura lieu le 22 février à 7 h. 1/2, au restaurant Marguery. Prière de se faire inscrire chez MM. Esmonet, interne à l'hospice d'Ivry; Castaigne, interne à l'hôpital Cochin, ou Cl. Philippe, chef de laboratoire à la Salpêtrière. — Le prix de la cotisation est de vingt francs.

Protestation d'Internes en Médecine. — L'Administration de l'Assistance publique ayant remplacé un interne de l'hôpital Saint-Louis, par mesure disciplinaire, ses camarades ont voulu se solidariser avec lui et ont adressé au Dr Napias, directeur de l'Assistance publique, une lettre de protestation : « Nous protestons hautement, y est-il dit, contre la mesure vexatoire dont il vient d'être l'objet et dont rien n'explique la rigueur, pas même les légères infractions au règlement dont il a pu se rendre coupable dans sa vie privée et qui ont été assez punies par une suspension de deux mois de traitement. L'honneur de soigner les malades a toujours passé parmi nous pour la plus belle de nos attributions. Vouloir le ravir à un des nôtres, c'est dire qu'il a démérité et qu'il s'est rendu indigne de la confiance que l'Administration avait mise en lui. Au nom des principes qui veulent que la peine soit proportionnée à la faute, nous avons l'honneur de vous informer que nous nous opposons tous au remplacement de notre collègue par le proviosire délégué. » Des explications qui ont été données, il résulte qu'un des internes en chirurgie aurait été frappé parce qu'il recevait une visite interdite par les règlements. (*Le Temps*.)

Distinctions honorifiques. — Le Président de la République, lors de l'inauguration de l'hospice Favier, a remis à Mme Gerbold, ancienne directrice, une médaille commémorative, et les palmes académiques à Mme Louis, visiteuse du service de la Protection du premier age. — M. Amignes, étudiant en Médecine à Reims vient de se voir attribuer une Mention honorable pour acte de courage et de dévouement.

Société française d'Ophtalmologie. — *Congrès de* 1899, 17e *année*. — La prochaine réunion de la Société française d'Ophtalmologie aura lieu cette année le lundi 1er mai, à 8 h. 1/2 précises du matin, à l'Hotel des Sociétés savantes, en face de l'Ecole de Medecine. On est prié d'envoyer, *avant le 15 mars au plus tard*, au Secrétaire géneral, M. Duboys de Lavigerie, 56, rue de la Victoire, le titre de la communication que l'on désire faire. Le titre du rapport de cette année est : *De la suppression du cristallin transparent*. M. Pfluger, de Berne, rapporteur.

Le nombre des médecins en Allemagne. — Nous n'avons rien à envier à ce point de vue à nos voisins d'Outre-Rhin, la *Revue municipale* donne les renseignements statistiques suivants : Berlin et ses faubourgs possèdent 2.233 médecins, 37 de plus que l'année dernière, c'est-à-dire un médecin par 751 habitants. En 1825, Berlin n'avait que 191 médecins (1 par 1.153 habitants); en 1849, 515 (1 par 823 habitants); en 1867, 785 (1 par 913 habitants); en 1876, 838 (1 par 1.154 habitants); et en 1887, 1.040 (1 par 1.191). De 1875 à 1885, la population berlinoise s'est accrue de 37 0/0 et les médecins de 43 0/0. A Charlottenburg, il y a 301 médecins; à Schonenberg, 75; à Wilmendorf, 13; à Brixdorf, 25; à Spandau, 34; à Kœpenick, 5 seulement. En outre, on compte dans les petites localités avoisinantes de Berlin, 212 médecins. L'Allemagne tout entière possède 25.757 médecins. Sur ce chiffre, 15.951 appartiennent à la Prusse. Berlin, à lui seul, possède autant de médecins que le royaume de Bavière tout entier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Frédéric Charrassin, maire de Rozoy-en-Brie. — Le Dr Galippe vient d'avoir la douleur de perdre sa femme, décédée hier, à la suite d'une longue maladie. Nous adressons dans cette triste circonstance l'expression de nos vives condoléances à notre excellent confrère et collaborateur.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements*. — M. le Dr Maygrier, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hopital Andral. — *Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac*. — MM. Albert Mathieu, Maurice Soupault et J. Ch. Roux. Cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera un mois. — Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic par M. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs. — Pour les renseignements et l'inscription : s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Jules Voisin a commencé ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 9 février à 10 heures du matin et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Hopital Beaujon. — Le Dr Bazy, chirurgien de l'hopital Beaujon, continuera dans cet hôpital les lundis, jeudis, samedis, ses consultations sur les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), qu'il faisait à l'hopital Saint-Louis.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 7. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 FÉVRIER 1899

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE MENTALE : Manie de l'adolescence avec nymphomanie ; guérison, par Bourneville et Katz. — BULLETIN : La déclaration des maladies contagieuses, par Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des Sciences* : Sur l'emploi du bioxyde de sodium dans l'étude de la fonction respiratoire ; — De la nature du sucre urinaire des diabétiques, par Phisalix ; — *Académie de Médecine* : L'appendicite ; — Radiographies instantanées ; — Les toxines urinaires, par Plicque ; — *Société médicale des Hôpitaux* : Diabète insipide ; — Absorption du salicylate de méthyle ; — Lèpre anesthésique ou syringomyélie ; — Paralysie du voile du palais consécutive à une angine streptococcique ; — Hématuries répétées au cours de maladies infectieuses, par Noir ; — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay ; — *Société de médecine légale*, par Carrier. — REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE : Un bureau de santé au XVIIe siècle, par Langlet ; — Récamier et ses contemporains, par Triaire (ouvr. an. par Gilles de la Tourette). — REVUE DE STOMATOLOGIE : Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, par Cruet (ouvr. an. par Bouvet). — BIBLIOGRAPHIE : Leçons de clinique médicale, par Grasset (an. Mirallié). — VARIA : La question des eaux de l'Avre ; — Plaintes contre l'Assistance publique ; — Une victime du devoir ; — L'alcoolisme chez les enfants. — NÉCROLOGIE : M. le Dr Glantenay. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES : Solutions concentrées d'acide borique ; — Listérine (antiseptique très employé en Amérique). — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

CLINIQUE MENTALE

Manie de l'adolescence avec nymphomanie ; guérison ;

PAR BOURNEVILLE ET KATZ.

La plupart des médecins qui n'ont jamais visité les services consacrés aux enfants atteints de *maladies nerveuses et mentales* ne se rendent pas du tout compte de la variété des maladies nerveuses infantiles qui y sont traitées. On les bloque tous sous le nom d'*idiots* ; on les suppose *incurables*, bien à tort ; on donne quelques paroles de consolation aux familles : on leur laisse espérer qu'à 7 ans, — si l'enfant est moins âgé — il pourra survenir une amélioration ; — qu'à 13 ou 14 ans, si l'amélioration prévue à 7 ans ne s'est pas produite, il y aura progrès. Autant d'espérances illusoires, autant d'aggravations de la maladie !

Les services spéciaux ne reçoivent pas seulement des enfants atteints des diverses formes d'idiotie, symptomatiques de nombreuses maladies nerveuses, mais encore des enfants affectés de *chorée* avec *troubles psychiques* (voir l'OBS. publiée dans le n° 29, du *Progrès médical* 1898, t. VIII, p. 33), ou des enfants atteints des formes les plus variées de l'*aliénation mentale*. Aux observations que nous avons relatées depuis 20 ans, et dont la plupart ont été consignées dans nos *Comptes rendus* de 1880 à ce jour, nous ajouterons la suivante, relative à une jeune fille, une adolescente de 13 ans, affectée d'une manie tout à fait typique et analogue à l'une des variétés de la *manie des adultes*.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier, sauf quelques douleurs rhumatismales. — Grand-père maternel, mort « brûlé par l'alcool ». — Arrière grand-père maternel sujet à des idées noires, suicidé par empoisonnement. — Arrière grand-oncle paternel sourd-muet. — Grand-oncle paternel, excès alcooliques, cancer probable de l'estomac. — Grand-oncle paternel, convulsions de l'enfance. — Oncle paternel, excès de boisson. — Mère, obèse, céphalalgies. — Grand'mère maternelle rhumatisante et cardiaque. — Arrière grand-père maternel, excès de boisson. — Arrière grand'mère maternelle morte subitement. — Grand-oncle maternel suicidé par pendaison. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans. — Frère mort de convulsions. Première dent à 6 mois. — Début de la marche à 9 mois, de la parole à un an. — Rougeole à 18 mois, coqueluche à 20 mois. — Réglée à 11 ans et demi, naturellement. — Certificat d'études à 11 ans, puis apprentissage comme couturière. — Fréquentations suspectes : rapports sexuels, crainte d'être enceinte. — En décembre 1897, émotion vive, à l'église, durant un sermon sur la mort. — Persistance de l'impression, sommeil mauvais, agité, peurs constantes, tristesse, modification du caractère, instabilité, paresse, coprolalie, actes de violence ; — bave, déclamation. — Placement à la Salpêtrière puis à l'Asile clinique, enfin à la fondation Vallée.*

Description de la malade (avril). Alternatives d'agitation et de dépression. — Insomnie, coprolalie, actes obscènes. — Violences. — Gâtisme. — Impulsions génitales persistantes. — Amaigrissement progressif considérable. — Crainte de tuberculose pulmonaire. — Amélioration progressive au point de vue psychique et physique (Juin-Juillet). — Guérison (Octobre). — Réapparition des règles en novembre après une suspension de 11 mois. — La guérison se maintient (Décembre).

B..... (Célestine), 13 ans, née à A... (Seine), le 1er février 1885, est entrée dans le service le 6 avril 1898.

Renseignements fournis par sa mère (8 avril 1898). — PÈRE, 41 ans, cultivateur, sobre, ne fume pas, grand, fort, a toujours été d'une santé florissante. Pas de convulsions dans l'enfance ; pas de fièvre typhoïde, ni de migraines, ni d'affections cutanées, ni d'indices de syphilis ; de temps en temps, douleurs articulaires ne nécessitant jamais l'alitement.

Famille du père. — *Père*, grand buveur de vin et de rhum, mort à 51 ans « *brulé par l'alcool* », aurait dit le médecin traitant. — *Mère*, obèse, porteuse d'une grosse hernie ombilicale, morte à 47 ans à la suite de vomissements tenaces de toute parcelle alimentaire qu'elle ingérait. — *Grand-père paternel* décédé à 67 ans, à la suite de contrariétes dues à l'inconduite de son fils. — *Grand'mère maternelle* morte à 67 ans, « usée par le travail » ; pas de paralysie. — *Grand-père maternel*, sujet a des *idées noires*, s'est *empoisonné* en absorbant une dose exagérée de pilules, sobre, aurait eu une maladie du pylore (?). — *Grand'mère maternelle* morte à 71 ans, sans paralysie. — Un *grand-oncle paternel* était *sourd-muet*, ne s'est pas marié. — Deux *oncles paternels* : un est mort d'« *excès alcooliques* qui auraient déterminé une *maladie du pylore* » ; a eu 12 enfants, dont 6 morts en nourrice, on ignore de quelles maladies. Parmi les survivants un a eu des *convulsions* à 3 ans ; il s'est marié, a un enfant intelligent,

non nerveux. Il n'est pas ivrogne, mais a peu de volonté : aussi se laisserait-il entraîner à boire : « il s'oublierait, s'il n'était retenu ». — L'autre oncle, bien portant, a eu 13 enfants dont 6 sont morts en bas âge, en nourrice. On ne croit pas qu'ils aient eu des convulsions. — Une *tante paternelle*, bien portante, sobre, a eu 4 enfants ; deux sont morts en nourrice, on ne sait de quoi ; les autres, en bonne santé, ont des enfants non nerveux. — Une *tante maternelle*, morte vers 35 ans de variole, a eu trois enfants qui eux-mêmes ont des enfants n'offrant aucune particularité. — Un *frère* (aîné), nerveux, aurait tendance à boire s'il n'était surveillé ; très violent lorsqu'il a bu ; a deux enfants très calmes « qui ne tiennent nullement du père ». — Quatre *sœurs*, toutes mortes en nourrice, on ne sait de quoi. — Dans le reste de la famille du père, pas d'aliénés, ni d'épileptiques, ni bègues, ni pieds bots, ni d'autres sourds-muets.

Mère, 37 ans, ménagère. Pleurésie à 13 ans ; à partir de 14 ans, obésité progressive : « à 15 ans j'étais déjà aussi grosse que maintenant ». Pas de chorée, pas de convulsions ni fièvre typhoïde. Réglée sans accidents à 11 ans et demi, régulièrement ; depuis 3 ans, elle a, au moment des règles, des *céphalalgies* fortes qu'elle guérit à l'aide d'une potion contenant de l'analgésine et de l'aconit. Mariée à 19 ans, sobre ; fluxion de poitrine, il y a un an, nécessitant un alitement de 18 jours

Famille de la mère. — *Père*, cultivateur, mort à l'âge de 60 ans d'artério-sclérose avec emphysème ; les dix dernières années de sa vie il ne pouvait plus travailler à cause de la production d'une cataracte de l'œil gauche et d'un amaigrissement progressif ; n'a jamais fait d'excès d'alcool. — *Mère*, a eu, à 35 ans, une forte attaque de rhumatisme qui se complique d'une affection cardiaque et elle meurt à 41 ans à la suite d'attaques subintrantes d'asystolie. — *Grand-père paternel*, mort à 71 ans : *excès d'alcool* par occasion ; a toujours souffert d'asthme. — *Grand'mère paternelle*, asthmatique aussi ; morte à l'âge de 60 ans ; elle aurait eu 12 enfants. — *Grand-père maternel*, sobre, mort à la suite d'un accident (chute d'une échelle avec traumatismes graves). — *Grand'mère maternelle* morte à 64 ans, subitement, a toujours été bien portante. — Cinq *oncles paternels*, dont deux morts : l'un d'eux à la suite d'une chute sous les roues d'une charrette, fut tellement impressionné qu'il devint triste, et 15 jours après il *se pend* ; pas de renseignements sur la mort de l'autre oncle. Les trois oncles vivants sont sobres et n'offrent rien à noter. — Trois *tantes paternelles* : une est morte de pleurésie à 42 ans, les autres sont sobres et très bien portantes. — Plusieurs *oncles maternels* morts jeunes en nourrice. — Une *tante maternelle* décédée à l'âge de 9 ans, on ne sait de quoi. — Cinq *frères*, tous morts en bas âge : les uns de rougeole, les autres de diarrhée ; pas de convulsions chez aucun d'eux. — Dans le reste de la famille, rien à signaler, ni idiots, ni aliénés, ni épileptiques, etc.

Pas de consanguinité. — Différence d'âge des père et mère : 4 ans.

Trois *enfants* : 1° garçon de 16 ans, né trente mois après le mariage, sobre, travailleur, n'a jamais eu de convulsions ; — 2° garçon ; trois jours après sa naissance, il fut mis en nourrice où il est mort, à l'âge de 15 jours, de *convulsions* ; — 3° *notre malade*.

Notre malade. — Rien à noter en ce qui concerne la *conception*. — La *grossesse* a été très bonne ; pas de traumatisme ; pas de chagrins ni d'attaques de nerfs ; pas d'enflure des jambes, pas de vomissements ; « l'enfant a remué très tôt ». — *Accouchement* à terme, normal ; présentation du sommet. — A la naissance, pas d'asphyxie ; elle a crié tout de suite. — Elevée, par une nourrice, au sein jusqu'à deux ans, n'est reprise par ses parents qu'à l'âge de trois ans. Première dent à 6 mois ; dentition complète à 2 ans. Début de la marche à 9 mois, de la parole vers un an et parle « très bien » à 15 mois.

Rougeole à 18 mois ; coqueluche légère à 20 mois ; pas de scarlatine, ni de fièvre muqueuse, ni de croup ni oreillons ; ni chorée, ni convulsions d'aucune sorte ; pas d'attaque d'hystérie ou d'épilepsie.

Pas de traumatisme. — Impétigo du cuir chevelu à 5 ans, ni otite, ni ophtalmie, etc. — Ascarides lombricoïdes vers 3 ans. A cinq ans elle commence à fréquenter l'école communale et à 11 ans elle obtient son certificat d'étude. L'enfant a toujours eu une conduite irréprochable, respectueuse pour ses parents, diligente, très sociable ; cependant elle n'a jamais été gaie, ni joueuse et n'aimait point les jeux bruyants ; elle était plutôt grave, soucieuse, réservée. Réglée facilement à 11 ans et demi ; menstruation régulière et indolente jusqu'il y a quatre mois.

Après son certificat d'étude, elle entra comme apprentie dans une atelier de couture. Parmi ses camarades une lui aurait appris toutes sortes de choses « sur la femme » qu'elle ne connaissait pas auparavant. Pas d'onanisme, dit-on ; non querelleuse, sommeil bon, jamais de cauchemars, etc.

Le 10 décembre, elle va avec sa mère et sa petite filleule entendre le sermon d'un missionnaire. Le sujet du sermon était une « dissertation sur la mort ». Or, la lumière qui traversait les vitres de l'église se reflétant sur sa jeune filleule lui donne une teinte pâle ; à un moment donné, notre malade, très impressionnée par les paroles du missionnaire, se retourne, voit le visage pâle de sa filleule, la croit morte, s'en effraie et crie en pleine église : « Ah ! maman, j'ai peur que Jeanne ne soit morte ! » Rassurée par sa mère, elle continue à écouter le sermon, mais rentrée chez elle, elle est tout entière sous l'impression de son émotion. Toute la nuit elle est agitée et ne peut fermer l'œil « par peur ». Le docteur Michaut consulté le lendemain, conseille de distraire l'enfant. Les parents l'envoient à Paris, chez une tante, où elle reste huit jours ; pendant tout ce temps, elle est triste, sans entrain. *Les règles qui devaient venir quelques jours après le sermon n'ont point paru, ni depuis.*

Rentrée chez ses parents, elle continue à être triste pendant un mois, parlant sans cesse de la mort, s'imaginant voir mourir les uns ou les autres de sa famille. Puis elle commence, vers la mi-février, à devenir capricieuse, désobéissante, paresseuse : « elle se mettait à tout, mais ne finissait rien ». Aux remarques de ses parents, elle répond par des insolences d'abord, puis par des grossièretés d'une trivialité excessive : vache, con, putain, etc. ; pas de gestes obscènes. Peu à peu, elle perd toute retenue et insulte toute personne qui l'approche en la couvrant d'injures. La vie dans la famille devient intenable et les parents se décident à la placer dans un hospice. Elle est d'abord conduite à la Salpêtrière (service de M. Déjerine) où elle ne reste que quelques jours. Comme elle troublait le repos des autres malades, on fait un certificat d'aliénation mentale. Mais, au lieu de la faire passer dans le quartier contigu des enfants aliénées, on la conduit à l'Asile Clinique d'où, au bout de quatre ou cinq jours durant lesquels elle a été très excitée, violente, griffant les personnes, donnant des coups de poing, bavant sans cesse, déclamant, elle est enfin transférée dans notre service.

État actuel. (6-7 *avril.*) — Ce qui frappe tout d'abord c'est la régulière alternative de crises d'excitation et de dépression de l'enfant. Au moment de notre examen, elle donne l'impression d'une complète hébétude. Les yeux sont hâves, le regard est éteint, fatigué, la résolution musculaire est presque absolue ; l'enfant est plongée dans une sorte de torpeur et toutes nos questions restent sans réponse. Puis, au bout d'une demi-heure, elle passe sans transition de cet état de prostration à un état d'agitation violente.

Deux séries de troubles, évoluant simultanément, caractérisent ces périodes d'excitation : c'est d'une part un trouble mental évoluant avec tous les caractères de la manie, c'est d'autre part des manifestations se rattachant à une perversion des instincts sexuels surtout.

L'enfant ne peut concentrer sa pensée sur une idée quelconque ; les questions posées ne sont pas saisies, l'enfant, autrefois très portée à la réflexion et au jugement juste est incapable d'une réponse sensée ; son esprit est emporté, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, ses idées viennent, s'en vont, ne s'enchaînent point, sont incohérentes ; aussi est-il difficile de comprendre ce qu'elle dit ; ses phrases n'ont aucune liaison, aucun esprit de suite.

Phénomène curieux, son *langage écrit*, dans une lettre que nous reproduisons, ne rappelle nullement dans ses deux

premiers tiers, les troubles du *langage parlé ;* elle écrit à sa mère correctement d'abord, sans faute grave de style ou d'orthographe et termine par des propos orduriers.

La *mémoire* est conservée ; les *sensibilités spéciales* ne présentent aucun trouble; en revanche, la *sensibilité cutanée* semble affaiblie et ceci des deux côtés du corps.

8 avril 1898.

Chère maman, cher papa,

Je voudrais m'en aller tout de suite à la maison parce que je m'ennuie beaucoup de vous et de ma petite chérie de filleule. Vous m'en voudrez pas si j'écris mal et si je fais des fautes, au moment que je vous écris je suis entrain d'attendre le médecin pour me donner la permission de m'en aller chez nous, il y a encore une vache, un c..., une tante, une p..., une saleté, une dégoûtante, on m'a attaché les mains.

Quant à la *perversion sexuelle*, elle se manifeste non seulement par les ruses que C... emploie pour être seule, afin de s'adonner à l'onanisme, mais aussi dans l'exhibition des organes génitaux, dans les propositions qu'elle fait au personnel (infirmières, internes) et dans les propositions, les tentatives de débauche à l'égard de l'infirmière qui la soigne....

L'*examen physique* révèle les particularités suivantes :

Tête arrondie, symétrique ; cheveux chatains, denses ; pas d'anomalie du tourbillon ; pas d'épi, ni de cicatrices ; bosses frontales saillantes, séparées par un léger sillon frontal assez appréciable au palper. — *Face* allongée, un peu bouffie ; une cicatrice au niveau du sourcil gauche due à une chute ; cils nombreux, arcades sourcilières proéminentes. — *Yeux* très fatigués : pas de blépharite, légère hyperémie des conjonctives ; pas de kératite. Pupilles très dilatées, égales, ne réagissant qu'à peine à la lumière, encore moins à l'accommodation ; acuité visuelle normale. *Nez* droit, narines béantes ; pas de coryza, ni d'hypertrophie des cornets ; *odorat* normal. — *Bouche* grande ; lèvres épaisses surtout l'inférieure. Langue pâteuse ; voile insensible ; déglutition normale. Amygdales saillantes ; respiration buccale ; voix nasonnée. *Dentition* : aucune anomalie d'implantation ; légères et multiples érosions au niveau du bord libre des incisives supérieures; *Oreille* externe normalement écartée de la base du crâne ; hélix bien ourlé ; pas de tubercule de Darwin, ni de bifidité de la conque ; pas d'écoulement d'oreille. *Ouïe* normale. — Menton arrondi ; pas de prognathisme de la mâchoire.

Cou : 36 centimètres à la partie moyenne, bien conformé. — *Larynx* normal. — *Glande thyroïde* accessible à la palpation.

Thorax : amaigrissement notable des muscles thoraciques ; aucune déformation ni de la colonne dorsale, ni du squelette sternocostal. L'examen de l'*appareil respiratoire* et du *cœur* est négatif.

Aucun trouble moteur, ni trophique des *membres supérieurs* et *inférieurs* qui sont régulièrement conformés.

Puberté et organes génitaux. — Poils assez abondants sous les *aisselles* où existe une sécrétion sudorale abondante malgré les soins de propreté. — Les *seins* sont symétriques et mesurent 11 centimètres dans le sens horizontal et 13 dans le sens vertical; *aréoles* rosées avec deux rangées circulaires de glandes sébacées assez proéminentes ; *mamelons* peu prononcés. Pénil bien garni de poils noirs. — *Grandes lèvres* épaisses, un peu accolées par des mucosités filantes, blanches, qui tachent le linge sans l'empeser. — *Petites lèvres* flasques, complètement cachées par les grandes lèvres. Clitoris très développé. — *Fourchette* profonde. — *Hymen* circulaire *frangé, laissant très facilement pénétrer l'index* : Tout indique que l'enfant a eu des *rapports sexuels* bien que les parents n'aient aucun renseignement à cet égard et qu'ils affirment n'avoir jamais remarqué d'onanisme.

Traitement : Isolement, bains prolongés, chloral bromuré.

8-9 *avril.* — Sommeil mauvais, agitation, injures grossières à son infirmière : vache, salope, fumier, andouille, etc. Elle essaye de la mordre, de lui arracher les cheveux, s'approche d'elle en sourdine et cherche à placer ses mains sous ses jupes. — Les nuits ont été plus mauvaises que les journées ; toutefois, dans la nuit du 9, elle est allée seule aux cabinets et, le matin, elle s'est habillée sans aide.

10 *avril.* — Impulsions génitales ; mêmes tentatives envers l'infirmière, à plusieurs reprises : « Allez vous bientot avoir un bébé? » « Quand allez-vous accoucher ? » « Quand votre mari vous a-t-il fait cela ? Je voudrais voir, quand votre mari se retire, s'il est bien vrai qu'il sort de la mousse blanche de son instrument ? » — Dans la journée ayant vu passer un infirmier devant les cellules, elle l'a appelé pour qu'il lui prête « sa boutique » afin qu'elle la mette dans la sienne ou que, s'il le préférait, il se servirait de ses deux doigts pour la chatouiller, que cela lui faisait du bien et autres choses du même genre. Dans l'après-midi, l'infirmière l'a surprise se masturbant ; puis retirant sa main, elle voulut lui faire sentir l'odeur de ses doigts, disant que cela sentait mauvais. Elle lui dit qu'elle connaissait un jeune garçon de 15 à 16 ans, F....., qui l'amusait bien fort de cette façon ainsi que de l'autre ; qu'en son absence elle se chatouillait toute seule avec deux doigts, que cela lui faisait du bien.

11 *avril.* — Surexcitation très vive dans la journée ; mêmes impulsions ; nuit satisfaisante. B..... mange à peine.

13 *avril.* — Les deux dernières nuits ont été bonnes ; même excitation durant le jour, insulte son infirmière, lui donne des coups de coude dans le ventre, cherche à cracher dans ses aliments. Quant à elle, elle mange toujours très peu. (Manchon.)

14-15 *avril.* — Le sommeil est assez bon, la malade mange très peu ; en se promenant dans le préau, elle est tombée et s'est fait une plaie à l'arcade sourcilière gauche ; elle prend toujours une très petite quantité d'aliments. Elle veut que l'infirmière l'embrasse : « Embrassez-moi de bonne volonté ou je vous étrangle. » Parfois l'excitation se calme et B... est abattue, reste assise, la tête entre ses mains et ne répond pas quand on la questionne. — Toux et expectoration ; râles disséminés dans la poitrine. — Elle quitte les cellules ; nous essayons de la maintenir à l'infirmerie.

16 *avril.* — Agitation toute la nuit, toux, grossièretés; danse, chante.

17 *avril.* — Ayant été réveillée par plusieurs enfants qui s'étaient réveillées en pleurant, elle se lève précipitamment sous prétexte de les calmer, se jette sur l'une d'elles, qu'elle aurait étouffée sans l'intervention de la veilleuse. Peu après, elle a recommencé, puis s'est endormie d'un sommeil très agité. A son réveil, elle adresse des injures à l'infirmière qui l'a gardée aux cellules. Vers 5 heures, elle défait son manchon, veut jouer aux osselets, descendre au jardin, cueillir des fleurs, replanter un rosier, que, dit-elle, elle a déraciné. On n'est parvenu à la faire recoucher qu'en lui promettant de réparer tout ce qu'elle avait abîmé. — Il faut vouloir tout ce qu'elle veut et tout de suite ; si une enfant est assise à une place, elle veut s'y asseoir, jette sa camarade par terre, la bouscule, cherche à la griffer et à la mordre. A table, elle ne veut pas endurer d'enfants auprès d'elle. — Chaque fois qu'elle aperçoit son infirmière des cellules, elle l'injurie. — Parfois elle semble très calme, mais alors elle médite sur les niches qu'elle pourrait bien faire aux autres.

18 *avril.* — Sommeil interrompu à différentes reprises. Elle s'est mise à chanter la Marseillaise. Elle a l'idée que ses mains et son visage sont enflés, trouve qu'elle a une vilaine figure, répète sans cesse qu'elle ne veut plus voir les curés ; qu'ils se rappellent tout ce qu'on leur dit en confesse ; qu'elle ne veut plus se confesser à eux, qu'elle n'ira plus à la messe, malgré le plaisir que cela fait à sa mère ; que c'est fini, qu'elle ne veut plus être pieuse. En raison de ses tentatives violentes sur les autres enfants, nous la remettons en cellule.

19 *avril.* — La nuit a été plus orageuse que d'habitude. C... a demandé à aller aux cabinets, n'y a rien fait et est venue gâter dans sa cellule. Elle s'est affaiblie progressivement et parfois ses jambes plient sous elle. Ni injures, ni obscénités ; pendant que l'infirmière l'habille, elle veut sans cesse l'embrasser, promettant d'être sage. Après avoir été habillée, elle demande à se recoucher : « J'ai encore sommeil, je n'ai pas dormi cette nuit, car j'avais des puces. » Elle se rendort aussitot jusqu'au déjeuner et mange avec plus d'appétit que d'habitude. Dans l'après-midi, elle s'est laissée photographier avec plaisir. — Peu après, lorsqu'elle était couchée, ayant aperçu dans le couloir un infirmier, qui venait pour une corvée, elle se cache la figure, lève les jambes, les écarte et lui dit de

regarder ce qu'elle appelle « sa boutique ». On la recouvre mais elle recommence aussitôt, prononçant des paroles obscènes et répétant : « c'est F..... qui m'a dit cela ». — L'appétit est revenu, les selles sont régulières. — Elle est taquine, rusée, durant ses périodes de lucidité. Ainsi, durant la nuit du 19 au 20, elle a demandé à aller aux cabinets, a dit à l'infirmière : « Allez donc refaire mon lit » et dès que celle-ci a été dans la cellule, elle a fermé la porte de la cellule sur elle, croyant que celle-ci n'avait pas sa clef, car elle avait l'envie de se sauver, ce qu'elle avait déjà essayé de faire plusieurs fois.

20 avril. — Rémission presque complète, elle est très contente des friandises et des objets de toilette que sa mère lui a envoyés : « Je ne veux pas manger tout à la fois, il faut que j'en garde pour en avoir pendant plusieurs jours. Est-elle gentille ma petite maman de me gâter comme cela ? Aussi je l'aime bien et quand je serai guérie je lui dirai merci. » Elle éprouve une grande joie à sentir les pommades et les savons qu'elle a également reçus.

21 avril. — Alternatives de calme et d'excitation. Après s'être habillée toute seule et être demeurée calme pendant quelques heures, elle s'agite de nouveau, profère des injures, veut courir, essaye de mordre et de donner des coups de pied. Persistance de la toux et de l'expectoration.

22-24 avril. — Durant les périodes de calme, la malade est abattue. Il lui arrive quelquefois la nuit de se dresser tout-à-coup sur son lit, de proférer des menaces et des injures ou de chanter. Elle demande qu'on laisse la porte de sa cellule ouverte, espérant toujours pouvoir se sauver. Durant le jour, elle rit et pleure tout à la fois, parle de son amoureux F... : « Il est gentil, il m'aime bien, il met sa boutique dans la mienne, cela fait du bien, on dirait qu'il est là. » Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations. Pour l'empêcher de se toucher, on est obligé de lui maintenir constamment le manchon. Les impulsions violentes persistent, elle tente de griffer, de mordre, de donner des coups de pied. Elle est toujours surexcitée dès qu'elle aperçoit un homme.

26 avril. — Tandis qu'hier, B... avait été très tranquille, aujourd'hui, elle a été agitée, violente, grossière, obscène. Nous l'avons fait reconduire des cellules à l'infirmerie de la Fondation. Elle prend plaisir à se découvrir, à faire voir ses organes génitaux, à appeler les infirmières, les enfants de la salle voisine pour leur montrer qu'elle a du poil ; elle voudrait qu'on la gratte ou qu'on lui mette le doigt. — Propos obscènes.

28-30. — C.... se lève tard, se laisse habiller avec difficulté, veut être peignée tantôt d'une façon, tantôt de l'autre, se plaint qu'on lui tire les cheveux, veut se sauver. — Au réfectoire, elle mange salement, rejette ses aliments à moitié mâchés, sur son assiette, sur la table, sur le parquet, prend à ses voisines ce qu'il lui plait, crache dans leur assiette, les bouscule, leur donne des coups de coude ou de pied. On la fait manger seule à une table : elle se lève à chaque instant pour satisfaire ses caprices, violenter les enfants si on ne lui cède pas, elle crie, pleure, injurie. Quand d'autres enfants viennent près d'elle, elle leur raconte ce qu'elle faisait avec son amoureux, leur explique comment se font les enfants, ce que l'on ressent pendant l'acte (1). De temps en temps, on lui retire le manchon, elle en profite pour commettre des actes qu'elle a combinés d'avance. Elle se sert de tout ce qui lui tombe sous la main pour le jeter sur les personnes ou les enfants à proximité, pour relever leurs jupes ou pour se toucher. Elle semble heureuse et sourit quand elle a commis un acte blâmable. Elle est très autoritaire, fait précéder toutes ses demandes des mots : « je veux ». La nuit, elle saute de son lit, cherche à aller se coucher dans un lit voisin, veut se sauver en chemise, gâte, souille tout son linge avec ses excréments.

1er mai. — Nous profitons du renvoi de l'infirmerie de plusieurs enfants pour la mettre seule dans une pièce et, comme nous avons pu obtenir une infirmière, nous essayons de la maintenir au lit d'une façon permanente. L'agitation est toujours très grande. C... crache au visage des personnes, débite son chapelet habituel de mots obscènes, retire les mucosités desséchées de son nez et veut les mettre dans la bouche de l'infirmière : « Tiens, mange mes crapauds. »

2-9 mai. — Alternatives d'agitation et de calme relatif. Les nuits sont tantôt très agitées, tantôt assez calmes. C... cherche moins à se lever, urine parfois dans son lit, peut-être à dessein. Elle dit à la surveillante que tout ce qu'elle a raconté sur F... n'est qu'invention de sa part, qu'il n'a jamais existé que dans son imagination, que tout ce qu'elle débite, elle l'a appris de ses compagnes de classe et d'apprentissage. A chaque instant, elle appelle la surveillante ou son infirmière ou toute autre personne. Elle crie tant que la personne appelée ne vient pas. Si, pour faire cesser ses cris, on s'approche, elle crache au visage, griffe, pince, prend ses excréments avec ses mains et les essuie sur ses draps, sur les personnes. Elle se découvre sans cesse pour montrer ses organes génitaux.

17 mai. — C... s'est affaiblie progressivement ; sa démarche est mal assurée, son poids a diminué de 8 kilog. 300, l'agitation persiste et est toujours très grande. Même langage, mêmes obscénités. Elle continue à appeler les infirmières pour se livrer à des attouchements. L'appétit qui avait été bon durant les deux dernières semaines, a notablement diminué.

24 mai. — On a toujours beaucoup de peine à maintenir C.. au lit. Dès que l'infirmière s'éloigne, elle se lève, grimpe sur les chaises, les lits, tombe, se contusionne. Elle est toujours aussi grossière dans son langage, aussi malpropre dans sa tenue et aussi cynique dans ses actes.

31 mai. — Persistance de la toux et de l'expectoration. A la percussion, submatité en arrière dans la fosse sus-épineuse droite où existe également une diminution de l'élasticité. En avant, la sonorité et l'élasticité persistent, peut-être avec une très-légère diminution sous la clavicule droite. — A l'auscultation, pas de modifications du murmure respiratoire et pas de râles.

C... est beaucoup plus calme. Elle se lève et fait de petites promenades dans le jardin, est moins grossière dans son langage, moins sale sur elle et dans son lit. — Elle mange assez bien et accepte plus volontiers les aliments qu'on lui donne.

Traitement : Hydrothérapie, bains, phosphate de chaux, ventouses sèches tous les 5 jours au niveau des sommets, viande crue, lait, etc.

10 juin. — L'enfant, qui avait été plus calme ces jours derniers, est devenue de nouveau agitée. Elle injurie tout le monde, griffe et mord à chaque occasion. — Comme de sa chambre de l'infirmerie, elle aperçoit les parents qui viennent au parloir visiter leurs enfants, elle leur adresse des grossièretés : « leur fille va crever, ne guérira jamais ». Elle leur fait des pieds de nez, crache sur les carreaux, relève ses jupes, montre ses organes génitaux : « Tenez, regardez. » On avait mis des rideaux aux fenêtres, elle les a déchirés. Elle mange malproprement. Elle urine et défèque dans sa chambre, se barbouille les mains avec ses excréments.

18 juin. — Mêmes signes douteux aux sommets. — Abcès profond à la face antérieure de l'avant-bras gauche ; incision, issue abondante de pus.

20 juin. — Calme relatif, persistance des grossièretés même envers ses parents. — Les nuits sont toujours très agitées. — C... mange peu, l'amaigrissement continue ; elle n'a pour ainsi dire que la peau sur les os.

26 juin. — Guérison complète de l'abcès.

30 juin. — C... est plus tranquille. Elle mange proprement et avec un appétit exagéré ; elle craint toujours de n'en avoir pas assez ; elle réclame avec instance les friandises que lui apportent ses parents. Nous l'avons envoyée en classe où elle se tient convenablement et se montre assez docile. Elle est bavarde, rapporteuse, raconte tout ce que font ses compagnes, répète vingt fois la même chose. — Elle a quitté l'infirmerie, couche en dortoir et dort sans potion. — Elle a reçu la visite de ses parents avec plaisir. — Son langage n'est plus ordurier, elle redevient polie. — Elle ne se touche plus. — La mémoire lui revient. Elle se rappelle avoir tutoyé le docteur M... qui est venu la visiter et en est charmée.

(1) Il est difficile à la Fondation d'éviter ces contacts car il n'y a pas de cellules ou de chambres d'isolement.

Elle s'est souvenue avoir dit des sottises à la mère d'une malade et s'en est excusée. Au fur et à mesure que lui revient le souvenir de ses extravagances, elle craint qu'on ne le sache au dehors. — Elle a augmenté en poids de 4.950 grammes. — L'examen bactériologique n'a pas démontré dans ses crachats la présence de bacilles.

9 juillet. — C.... est de plus en plus raisonnable, travaille très bien en classe et à l'ouvroir, mange sans voracité, mastique bien ses aliments et n'avale plus gloutonnement comme elle le faisait encore ces derniers jours. — Elle n'injurie plus ni le personnel, ni ses compagnes; son raisonnement est juste, elle manifeste le regret de ses insanités en paroles et en actes et s'en indigne. Elle est redevenue pudique : « C'est la maladie qui me faisait dire toutes ces vilaines choses qu'on m'avait apprises en apprentissage. »

26 juillet. — L'amélioration continue. B.... est allée hier avec ses camarades au Jardin d'Acclimation et s'est très bien tenue. La physionomie s'est transformée ; elle a bonne mine et engraisse (près de 5 kilog. en un mois).

Août. — L'amélioration s'accentue de jour en jour. C... est tranquille, participe à tous les exercices de ses compagnes : classe, couture, promenade, jeux, etc. Elle veut toujours dominer les autres enfants, prétendant en savoir plus qu'elles et veut toujours avoir raison. Elle mange avec appétit sans voracité et partage volontiers ses friandises avec les autres enfants, ce qu'elle ne faisait pas auparavant. — L'examen des urines, pratiqué à différentes reprises, n'a jamais décelé d'albumine.

Septembre. — Le caractère s'améliore de plus en plus. C... accepte volontiers les observations qu'on lui fait ; « quand je pense à toutes les méchancetés que je faisais et que je disais je vois bien que j'étais réellement très malade». Elle est très affectueuse et très active. Travaille bien partout, apporte beaucoup de bonne volonté à la gymnastique. Elle voudrait toujours être la première.

Octobre. — L'amélioration persiste. Quelquefois, pourtant, C.... a de petits mouvements nerveux, s'impatiente à propos de faits insignifiants, par exemple si une autre enfant fait quelque chose de travers. Parfois aussi le regard n'a pas une expression tout-à-fait naturelle, il est vague. C.... est comme absorbée : interrogée, elle prétend qu'elle ne pense à rien. Elle s'endort vite, le sommeil est prolongé ; elle dit rêver de toutes sortes de choses, mais ne pas avoir de rêves pénibles. — Les règles n'ont pas paru depuis son séjour à la Fondation.

23 octobre. — C...., interrogée sur tous ses récits, répond que tout ce qu'elle disait, elle l'avait appris d'une petite apprentie avec qui elle travaillait. Elle nie avoir joué avec des garçons. Sur les instances de la famille, nous signons la sortie, en leur recommandant de continuer le traitement et surtout les douches

Novembre. — Nous avons eu l'occasion de voir des parents de Cél... Ils la trouvent bien, mais parfois un peu exaltée. Ils déclarent que, de triste qu'elle était autrefois, elle est devenue gaie. Ils disent aussi que ses parents lui ont toujours laissé faire trop ses volontés, surtout au point de vue de la boisson et du manger. Ils prétendent encore qu'avant son entrée à la Fondation, l'enfant n'ayant plus ses règles aurait exprimé la crainte d'être enceinte.

15 novembre. — La famille nous ramène Cél.... L'amélioration persiste. Depuis quinze jours, le poids a augmenté de trois kilogrammes. La figure paraît un peu bouffie. Il n'y a rien dans ses urines et nulle part d'œdème. — L'examen des poumons est négatif. — Les différents organes paraissent sains. — Les fonctions digestives s'accomplissent normalement. — Les *règles* ne sont pas revenues ; C... a de légères pertes blanches. — Avant sa maladie, elle jouait rarement : « On pourrait dire jamais, » suivant l'expression de sa mère. Depuis sa sortie elle est plus disposée à se divertir et à jouer. Avant sa maladie, quand ses nombreuses cousines venaient la voir, elle était indifférente, « triste comme un bonnet de nuit, tandis que maintenant c'est elle qui provoque les jeux». Elle s'occupe toute la journée du ménage, n'est pas irritable, dort bien. Le regard semble encore un peu voilé, ce qui lui donne parfois l'expression un peu « hagarde ». Elle ne cherche pas à revoir ses anciennes camarades d'atelier, car, se rappelant toutes les insanités qu'elle a dites, elle a peur qu'on se moque d'elle. — *Traitement* : injections vaginales boriquées, toniques, douches.

29 novembre. — La physionomie est meilleure ; le regard n'est plus voilé : « il est, dit la mère, absolument naturel ». — Les *règles sont revenues* le 16 novembre, sans douleur, médiocrement abondantes et ont duré deux jours. Elle travaille bien. — *Poids :* 47 kilogrammes ; — *Taille :* la même.

Puberté et organes génitaux. — Le pénil est couvert de poils noirs abondants sur une largeur de huit centimètres et une hauteur de six centimètres. Les grandes lèvres sont également couvertes de poils abondants sur une largeur de plus d'un centimètre et demi. Les poils descendent des grandes lèvres sur le périnée et jusqu'au pourtour de l'anus. Capuchon petit, gland moyen. Les différentes parties de la vulve sont bien proportionnées. Nous constatons de nouveau, l'aspect *très frangé de l'hymen* dont l'ouverture laisse pénétrer très facilement l'index. Aux aisselles, bandes de poils noirs de six centimètres sur deux. — Le *sein* droit mesure transversalement quinze centimètres et demi et verticalement, onze et demi ; le gauche, quatorze centimètres et demi sur onze. Le sein droit est donc un peu plus gros que le gauche. Très petits tubercules sur les aréoles. Au précédent examen de la *puberté*, nous avons noté qu'ils étaient très saillants, ce que nous pouvons attribuer à ce que la malade se frottait sans cesse les seins. — Les mamelons ont sept à huit millimètres de diamètre et font une saillie de deux millimètres.

Nous interrogeons de nouveau, à part, C..., au sujet de ses *relations sexuelles* sans pouvoir obtenir d'aveu, mais il est certain qu'elle ne nous dit pas la vérité.

Réflexions. — I. L'*hérédité* est relativement assez chargée. Si le père lui-même ne présente rien autre que des manifestations rhumatismales, d'ailleurs légères, différents membres de sa famille ont offert des tares plus ou moins graves : le grand-père maternel, un grand-oncle, seraient morts d'*alcoolisme chronique*, un oncle et une cousine ont une tendance à boire ; un arrière-grand-père, sujet à des idées noires, s'est *suicidé*. Signalons un grand-oncle *sourd-muet*, un cousin ayant eu des *convulsions* dans l'enfance et, peut-être, chez les alcooliques, deux cas de *cancer du pylore*.

Dans la famille maternelle, ce qui domine, c'est le rhumatisme, l'emphysème. Notons encore les *céphalalgies* chez la mère, des *excès de boisson* occasionnels chez l'un des arrière-grands-pères et un oncle *suicidé*.

II. De la naissance au mois de décembre 1897, c'est-à-dire jusqu'à 12 ans, Cel... aurait été tout-à-fait normale et plutôt d'une intelligence au-dessus de la moyenne. La seule particularité qu'elle offrait, c'est qu'elle était réservée, peu gaie, quelque peu mélancolique, toutefois sans exagération : c'était ce qu'on appelle une enfant sérieuse. — Au point de vue physique, aucun signe de dégénérescence.

III. Dans sa douzième année, l'enfant est mise en apprentissage. L'une de ses camarades — et peut-être cela avait-il commencé à l'école — lui aurait appris toutes sortes de choses « sur la femme ». Et les évènements ultérieurs, confirmés par l'*examen physique*, semblent démontrer qu'elle aurait eu une affection qui n'aurait pas été seulement platonique.

C'est dans ces conditions que, au commencement de décembre, elle assiste à un sermon sur la mort, qui l'impressionne très vivement, au point qu'elle s'ima-

gine que sa filleule qui l'accompagne vient de mourir. L'idée de la mort l'obsède, elle ne dort plus, a peur. Elle devient de plus en plus triste, on essaie en vain de la distraire. Cette *période mélancolique* dure de la mi-décembre à la mi-février.

IV. Alors le tableau change : la *dépression mélancolique* (sans idée de suicide) est remplacée par un véritable *accès de manie* : insolences, grossièretés, excitation, violences, bave, déclamations incohérentes, défaut complet d'association des idées, impulsions sexuelles, onanisme, exhibition des organes génitaux, propositions et tentatives obscènes, etc. Ces derniers symptômes donnent à la *manie* un cachet *nymphomaniaque* très accusé. Non-seulement C... se touche dès qu'elle se sent moins bien surveillée, mais elle veut toucher les enfants, les infirmières, parle sans cesse de rapports sexuels ; examine le ventre de toutes les femmes qu'elle voit, s'informe si elles sont enceintes, quand elles vont accoucher, ce qui semble répondre à la crainte qu'elle avait, et qu'on nous a signalée, d'être elle-même *enceinte* (rapports et suppression des règles). La vue d'un homme l'excite toujours et, aussitôt, elle lui fait des propositions et s'exhibe.

La *période d'état* a duré depuis le 6 avril jusqu'à la fin de juin, avec de courtes *rémissions* pendant lesquelles elle était notablement *déprimée*. Elle s'est accompagnée de troubles physiques graves qui se sont traduits par des craintes de tuberculose, que la suite n'a pas justifiées, et par un amaigrissement considérable. De 37 kilog. 800 à l'entrée, son *poids* descend à 29 kilog. 500 au milieu du mois de mai.

V. A partir du 30 juin, C... devient plus tranquille, plus raisonnable, mange proprement, n'injurie plus personne, n'est plus grossière ni obscène dans ses paroles et ses actes, en un mot, elle est redevenue pudique. La mémoire est revenue, ainsi que le raisonnement.

L'amélioration a continué progressivement. En août et septembre, C... participe aux travaux intellectuels et manuels de ses camarades, à leurs jeux et à leurs promenades. Elle est très affectueuse, très douce, regrette toutes les mauvaises actions que la maladie lui faisait commettre. En même temps que nous voyions l'état mental s'améliorer, la *manie* et la *nymphomanie* disparaître, nous assistions à une amélioration physique remarquable. Toute crainte de tuberculose disparaissait, l'amaigrissement faisait place à un embonpoint progressif.

La *fig.* 8 permet de se rendre compte, d'un coup d'œil, des modifications du poids, partant de l'*amaigrissement* et du retour de l'*embonpoint*, séparés par un plateau correspondant à un état stationnaire du poids.

VI. A sa dernière visite, le 20 décembre, C... se présente à nous sous l'aspect d'une jeune et belle adolescente paraissant tout-à-fait normale. Elle a une physionomie ouverte, modeste. Elle est très raisonnable, affirme sa mère, gaie, laborieuse, docile. Ses *règles*, qui pendant les quinze premiers mois, à dater de leur apparition, avaient été régulières, s'étaient suspendues au début de la maladie (déc. 1897), ont reparu le 16 novembre, peu abondantes, et sont revenues du 13 au 16 décembre, précédées de quelques douleurs abdominales ; elles ont duré cinq jours et ont été assez abondantes pendant les trois premiers jours. Tout indique donc que C... est réellement guérie.

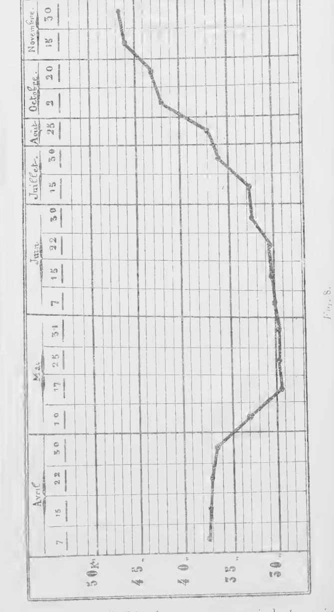


Fig. 8.

VII. Suivant l'habitude nous avons pris la *température rectale* durant les cinq premiers jours.

Température à l'entrée.

Dates	Matin	Soir
7 Avril 1er jour	36° 9	36° 8
8 — 2e	37° 2	36° 8
9 — 3e	37° 1	37° 2
10 — 4e	36° 9	37° 2
11 — 5e	36° 8	37°

Nous avons continué à prendre la *température* jusqu'au 5 août, c'est-à-dire durant 118 jours. L'exa-

men du *tracé thermométrique* que nous ne pouvons pas reproduire à cause de sa longueur montre les particularités suivantes :

Du 7 au 27 avril, la température rectale oscille entre 36°,6 et 37°,4, le plus souvent 36°,8 et 37°,2, restant plutôt au-dessous de la normale. — Du 28 avril au 4 mai, elle est toujours au-dessus de 37°, allant jusqu'à 37°,7.

Du 5 au 10 mai, elle descend entre 37°,4 et 36°,7; — le 11 mai, 37°,8, puis oscillations de 36°,6 à 37°,3; — du 20 mai au 5 août, elle varie entre 36°, 6 et 37°, 6 (deux fois), restant le plus souvent au-dessous de 37° ou à 37°,2. Signalons un abaissement à 36°,2 le 20 mai.

En résumé, dans ce cas de manie bien caractérisée, la température n'a jamais été fébrile, malgré l'intensité, à certains jours, de l'agitation.

VIII. A l'arrivée de la malade, nous avons eu recours à l'*isolement* en cellule, ne pouvant, faute d'organisation, *ordonner* d'emblée le traitement par *le repos au lit*. Au bout d'une dizaine de jours, nous l'avons ramenée à l'infirmerie où nous n'avons pu la maintenir à cause du voisinage d'autres enfants et de l'insuffisance du personnel (p. 70). Au bout de quatre semaines les circonstances nous ont permis de la *maintenir au lit* (1er mai). Le calme a reparu à la fin du mois de juin. En même temps nous avons prescrit des bains prolongés, les purgatifs, le chloral, le bromure de potassium ; puis les douches froides, la gymnastique et les travaux manuels.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La déclaration des maladies contagieuses.

L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 oblige tout médecin à faire à l'autorité administrative la déclaration des maladies infectieuses qu'il constate. Cette obligation ne peut, bien entendu, donner que des résultats fort incomplets, puisque dans les douze maladies épidémiques dont l'Académie de Médecine a jugé la déclaration indispensable, ne se trouvent ni la tuberculose, ni la coqueluche, qui font tant de victimes dans les grandes villes. En outre, la déclaration ne peut se faire que d'une façon très irrégulière, tant à cause des difficultés de certains diagnostics que de la situation fausse où se trouve le médecin placé entre la famille du malade, qui souvent désire qu'on garde le secret sur la transmissibilité de la maladie de l'un de ses siens, et la loi qui, d'autre part, réclame la violation de ce secret. Malgré ces difficultés, cette mesure sanitaire a donné d'excellents résultats dans les grandes villes comme Paris où l'Administration ne se borne pas à enregistrer la déclaration du médecin, mais où elle tente de faire de la prophylaxie et de désinfecter les locaux contaminés. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les tableaux statistiques de Paris dans ces dix dernières années pour s'apercevoir de la diminution progressive du nombre des décès causés par les maladies dont la déclaration est obligatoire.

Nous n'avons pas atteint en France la perfection, mais sans aucun doute, l'article 15 de la loi de 1892 marque en hygiène publique un progrès sérieux, malgré ce que cette obligation a parfois de vexatoire et de gênant pour le médecin. Bien autrement draconiennes sont les propositions que MM. Hubert et Kuborn ont faites le 28 janvier dernier à l'Académie de Médecine de Belgique. Ils demandent : 1° qu'un avis extérieur désigne les maisons où il existe un foyer épidémique; 2° que la déclaration de la maladie soit faite par le médecin lui-même. MM. Rommelaere et Vleminckx, tout en reconnaissant la valeur de la déclaration, indispensable même à leur avis pour sauvegarder la santé des classes pauvres, ont protesté contre pareilles propositions qu'ils considèrent comme contraires à l'esprit et au secret de la profession médicale, et M. Kuborn a proposé la mesure de conciliation suivante : le principal occupant ou le père sera tenu de faire la déclaration sur l'avis du médecin.

Cette question sera longuement examinée et discutée à Bruxelles, et la dernière motion de M. Kuborn nous semble très acceptable et constituerait sur la loi française un réel progrès. Il faut se garder d'être intransigeant en matière d'hygiène et de police sanitaire si l'on a quelque souci des sentiments d'humanité qui doivent toujours guider les médecins. Nous nous permettrons de rappeler un fait qui s'est produit récemment à Paris au sujet de la prophylaxie de la tuberculose chez les indigents des Bureaux de bienfaisance. Une tentative de désinfection régulière et périodique fut faite dans certaines maisons habitées par des tuberculeux indigents. Les voisins de ces malheureux s'émurent, abandonnèrent les malades, sachant qu'il y avait danger à les fréquenter, plusieurs changèrent même de domicile, et certains propriétaires, craignant de voir leurs maisons à l'index, donnèrent aux tuberculeux leur congé. Ceci prouve qu'il faut beaucoup de tact dans l'application des règlements d'hygiène publique, que la population n'est pas encore suffisamment instruite pour comprendre la portée des mesures sanitaires sans en être effrayée. La peur, en l'espèce, est mauvaise conseillère et les meilleures intentions peuvent, en pareil cas, aller directement dans le sens opposé du but que, très logiquement, l'on s'est proposé d'atteindre. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1899.

Sur l'emploi du bioxyde de sodium dans l'étude de la fonction respiratoire.

MM. Desgrez et Balthazard. — On sait que le bioxyde de sodium, en présence de l'eau, se décompose en soude, oxygène et bioxyde d'hydrogène. MM. Desgrez et Balthazard ont eu l'idée d'appliquer cette réaction à la fonction respiratoire en utilisant, non seulement l'oxygène, mais encore l'alcali formé en même temps. D'ailleurs, si l'on alimente un animal d'oxygène en ayant recours à la décomposition du bioxyde de sodium, il se produit plus d'alcali qu'il n'en faut pour absorber l'acide carbonique élaboré, de sorte qu'un cobaye placé sous une cloche hermétiquement close et renfermant du bioxyde de sodium présente, au bout de quatre heures, la même vitalité

qu'avant l'expérience, tandis que le témoin, mis pareillement dans une cloche, mais sans bioxyde, succombe asphyxié deux heures après. De plus, la vapeur d'eau contenue dans l'air expiré suffit à déterminer et à entretenir la réaction. Toutefois, dans ces conditions, le bioxyde n'est attaqué que très superficiellement, et la survie des animaux isolés en présence du réactif peut s'expliquer plutôt par la fixation d'une partie de l'acide carbonique expiré que par une régénération suffisante d'oxygène.

De la nature du sucre urinaire des diabétiques.

MM. PATEIN et DUFAU. — M. Le Goff a extrait de l'urine des diabétiques de la glycose *d* pure dont il a démontré l'identité avec la glycose de Fischer. Il résulte des recherches de MM. Patein et Dufau qu'alors même qu'une urine de diabétique accuse des chiffres plus faibles au saccharimètre qu'à la liqueur de Fehling, le sucre qu'elle contient est de la glycose *d*. PH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

L'appendicite.

M. FERRAND défend le traitement purement médical, fort utile et suffisant dans certaines formes peu intenses avec simple engouement. L'opium et surtout la belladone, employés contre la douleur, les purgatifs répétés contre l'encombrement stercoral, peuvent permettre d'éviter la péritonite et de guérir l'appendicite d'une manière parfois complète, sans l'intervention de la chirurgie.

M. PINARD étudie spécialement l'appendicite de la grossesse. Il montre les difficultés de son diagnostic. Mais pour le traitement, il se rallie formellement à l'opinion formulée par MM. Dieulafoy et Reclus sur le traitement chirurgical de l'appendicite. Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.

Radiographies instantanées.

M. HAYEM présente une série de radiographies de thorax et de membres obtenues par M. Lenoir avec une pose de quatre à cinq secondes chez l'adulte, une pose instantanée chez l'enfant.

L'Académie de Médecine de Paris au Centenaire de l'Académie impériale militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg.

M. LANDOUZY rend compte de la mission que lui avait confiée l'Académie de Médecine de la représenter aux Fêtes du Centenaire de l'Académie impériale militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg.

Les toxines urinaires.

M. Paul CHIBRET décrit une nouvelle méthode d'analyse des toxines et alcaloïdes urinaires.

Election de deux correspondants nationaux (1re division).

Ont été élus : MM. MONIEZ (de Lille) et BRUNON (de Rouen). A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. RAYMOND.

Diabète insipide.

M. MATHIEU a déjà depuis longtemps constaté que la polyurie était fréquemment fonction de l'hystérie. M. Babinski fit remarquer ensuite que le diabète insipide était parfois le seul signe de l'hystérie. M. Debove signala ensuite des cas semblables. La suggestion peut suffire à faire disparaître cette affection. Une malade de M. Lancereaux qui urinait environ 25 litres par jour fut guérie par l'administration de faibles doses de chlorure de sodium que M. Thiroloix avait substitué sans prévenir la malade à la phénacétine prescrite primitivement par M. Lancereaux.

M. GILLES DE LA TOURETTE croit que la polyurie et la suggestion ne suffisent pas pour faire affirmer l'existence de l'hystérie.

M. HAYEM fait remarquer que dans le diabète insipide, il y a ordinairement une augmentation de l'élimination de l'azote totale ; ce fait constaté permet de repousser toute idée de simulation. Ce diabète insipide survient le plus souvent chez des névropathes, mais cette polyurie peut survenir sous l'influence d'autres causes.

M. MATHIEU fait remarquer que M. Ehrard dans sa thèse est en contradiction avec l'avis de M. Hayem. La caractéristique du diabète insipide de M. Ehrard est l'augmentation des chlorures et non l'augmentation d'urée qui serait diminuée le plus souvent chez les hystériques.

Absorption du salicylate de méthyle.

M. LINOSSIER proteste contre l'opinion de M. Du Cazal qui qui prétend que le salicylate de méthyle employé en applications est absorbé par le poumon et non par la peau, il signale plusieurs faits où l'acide salicylique dans les urines est plus abondant lorsque les pansements au salicylate de méthyle sont recouverts d'une enveloppe imperméable que lorsqu'on les laisse s'évaporer librement.

Lèpre anesthésique ou syringomyélie.

M. RENAULT présente un malade de 55 ans, syphilitique depuis l'âge de 18 ans, ayant eu il y a longtemps des gommes syphilitiques. Ce malade a habité Bornéo. Il y a quelques années, il survint une parésie avec éruption rosée aux mains et aux bras. M. Du Castel posa le diagnostic de lèpre. La guérison survint, puis des éruptions bulleuses survinrent qui disparurent sous l'influence de l'iodure de potassium. A l'heure actuelle le malade a de l'atrophie des éminences thénars ; il est porteur de maux perforants aux pieds, il a de l'exagération des réflexes rotuliens et de la trémulation épileptoïde, des panaris ayant amené la chute de deux orteils et des zones d'anesthésie sur les quatre membres. M. Renault se demande si l'on a affaire à la lèpre anesthésique ou à la syringomyélie. Il fait remarquer en outre que le nerf cubital est hypertrophié, mais sans nodosité, des deux côtés et surtout du côté gauche. Les examens bactériologiques répétés n'ont pas permis de constater le bacille de Hansen. M. Renault croit qu'il a affaire à un cas de syringomyélie, de plus, il croit que la syphilis entre pour beaucoup dans la pathogénie de cette maladie, car la médication iodurée a donné de bons résultats et a amené la guérison rapide des maux perforants.

M. GILLES DE LA TOURETTE croit que le malade est un lépreux et non un syringomyélique : 1° parce qu'il y a une hypertrophie du cubital ; 2° parce qu'il n'a pas de scoliose ; 3° parce qu'il a habité Bornéo.

M. RENDU a aussi de la tendance à admettre le diagnostic de lèpre.

M. RAYMOND est surtout frappé par l'exagération des réflexes, la trémulation épileptoïde et les maux perforants, il reste dans le doute. Il croit qu'il faut faire l'examen des yeux, de la langue, des nerfs faciaux. Son avis est que le diagnostic doit rester en suspens, car rien n'est variable comme la marche de la syringomyélie.

Paralysie du voile du palais consécutive à une angine streptococcique.

M. ACHARD, au nom de M. CARRIÈRE (de Lille), signale un cas d'angine streptococcique suivie de paralysie du voile du palais. Les cas de ce genre sont assez peu fréquents pour mériter d'être signalés.

Hématuries répétées au cours de maladies infectieuses.

M. GALLIARD et M. BAGOT (de Roscof) ont observé un enfant ayant présenté des hématuries à trois reprises, deux fois à propos d'une fièvre typhoïde, et une autre fois à l'occasion d'une angine pultacée. Ces hématuries peuvent se comparer aux épistaxis qui surviennent au début ou au cours des maladies infectieuses. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement opératoire des kystes hydatiques du foie.

M. DELBET défend de nouveau son procédé de capitonnage et montre les avantages qu'il présente sur les autres méthodes. Sur huit opérés traités par la marsupialisation, il n'en a vu qu'un seul qui ait bien guéri; les autres ont présenté qui des éventrations, qui des fistules plus ou moins persistantes. Si tous les chirurgiens suivaient leurs opérés, ils verraient que la guérison est lente, incomplète, mauvaise. Quant aux *cholerrhagies*, elles sont de deux sortes, primitives ou secondaires : les premières se produisent quand une fistule fait communiquer le kyste avec les voies biliaires; les secondes résultent de l'ulcération des canaux biliaires situés dans la paroi adventice; elles se développent, comme les hémorragies secondaires, à la faveur d'une infection légère; la réunion d'emblée sans drainage est donc le meilleur moyen de les éviter. La manœuvre de Bobroff qui consiste à gratter la poche est grave à cause de la présence des vaisseaux sanguins et biliaires qui sillonnent la paroi. M. Delbet la rejette donc; il rejette aussi les lavages au sublimé, pratiqués dans le but d'éviter la récidive; celle-ci n'est plus à craindre, puisque la membrane mère a été enlevée. En concluant, M. Delbet se déclare de plus en plus convaincu des avantages du capitonnage; aussi bien, le fait de suturer une poche sans la drainer n'a rien que de très logique et de conforme a l'esprit de la chirurgie moderne.

Suite de la discussion sur l'appendicite

M. WALTHER reconnaît que l'accord est fait sur un certains points : la laparotomie précoce convient aux formes graves, de même que le traitement médical convient aux formes légères, dénommées coliques appendiculaires. Mais les formes rencontrées dans la pratique ne se prêtent pas à une décision facile. M. Walther, comparant sa statistique de 1896 à celle d'aujourd'hui, montre que l'intervention hâtive fournit à peu près les mêmes résultats que l'expectation. L'expectation, il est vrai, offre l'avantage de permettre d'opérer à froid. L'ablation de l'appendice a une grande importance; on retrouve en effet dans de vieux appendices sclérosés des foyers microbiens qui peuvent être l'origine de nouvelles poussées. C'est ce qui explique ces récidives à longue échéance qui sont assez communes et qui peuvent être aussi graves et parfois plus graves que la première atteinte.

M. KIRMISSON pose en principe qu'on ne saurait établir de règles absolues pour traiter l'appendicite aiguë. Quand l'orage du début se calme, il n'y a aucune raison d'opérer ; réciproquement quand l'abcès est de toute évidence, l'intervention s'impose. Les cas difficiles sont ceux à évolution septique, bien étudiés par Jalaguier, qui résume sa conduite par l'axiome : Dans le doute, opère. La statistique apportée par M. Kirmisson est fort concluante : depuis un an, il a opéré à Trousseau 25 cas d'appendicite : dans 13 cas, où il s'agissait de la forme localisée, il a perdu une seule opérée par hémorragie secondaire; dans les 12 autres cas, il s'agissait d'appendicite ayant déterminé de la péritonite généralisée : résultat : 12 morts.

M. JALAGUIER reconnait que la doctrine de l'opération d'emblée est fort séduisante. Mais en pratique le traitement médical donne souvent des résultats meilleurs que l'intervention. Même dans certaines formes graves, il vaut mieux s'abstenir que d'opérer. C'est ainsi que M. Jalaguier a vu 3 cas de péritonite généralisée guérir sans intervention par des applications de sérum, répétées deux fois par jour. Convient-il d'opérer après une première crise d'appendicite? D'après M. Jalaguier, l'indication est formelle même si l'on ne trouve rien d'anormal dans la fosse iliaque. Il a vu en effet trois fois des malades emportés à la seconde crise. L'opération est aussi nécessaire après de petites crises légères; souvent en effet l'appendice est infecté, et par suite dangereux pour le péritoine.

Cancer du pylore.

M. RICARD présente un malade chez qui il a pratiqué la pylorectomie pour cancer du pylore. P. RELLAY.

Séance du 8 février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement de l'appendicite.

M. TUFFIER est partisan de l'opération immédiate, qu'il considère aussi urgente que pour une hernie étranglée. On pourrait dresser un long martyrologe des victimes de la temporisation. Celle-ci permet, dit-on, d'opérer à froid; mais il n'est pas démontré que l'opération à chaud soit plus grave. Attendre, c'est exposer volontairement ses malades à des complications mortelles. Certes, l'appendicite peut guérir spontanément. M. Tuffier n'en veut pour preuve que les recherches cadavériques qu'il a faites avec M. Jeanne (de Rouen) et qui lui ont montré que sur 183 sujets, il existait 30 fois des adhérences pathologiques de la région. Il est donc certain que les lésions appendiculaires peuvent guérir, mais il n'en est pas moins vrai que les malades ont été exposés à de grosses complications. Quand on est appelé au cours d'une appendicite, la conduite diffère suivant qu'il s'agit de lésions localisées ou d'une péritonite diffuse : dans le premier cas on peut attendre, dans le second il faut opérer. Quant au manuel opératoire, M. Tuffier résèque l'appendice toutes les fois qu'il est possible et ne draine que si l'opération a pu être septique. Les fistules qu'on peut voir succéder tiennent à plusieurs causes. Dans deux cas de fistules purulentes, le pus venait de l'appendice perforé, mais oblitéré du côté du cæcum; son extirpation amène la guérison. Les fistules stercorales peuvent être causées par la perforation secondaire du cæcum. Dans un cas opéré d'urgence pour un foyer suppuré, le cæcum se perfora au point de former un anus contre nature; l'entérorraphie ayant été pratiquée, le malade fut pris d'une occlusion intestinale, qui nécessita la réouverture de l'anus. Un mois plus tard, la laparotomie permit de trouver un long appendice, qui adhérait au côlon ascendant et le coudait au-dessus de la fistule stercorale. Cet appendice fut enlevé, l'entérorraphie latérale pratiquée et le malade guérit.

M. BRUN maintient l'opinion qu'il a formulée en juillet dernier. Il reconnaît que l'opération immédiate a permis d'obtenir des guérisons inespérées, mais il pense qu'elle ne s'impose d'une façon formelle que dans les formes d'appendicite septique. Or, un observateur expérimenté arrive à reconnaître ces formes. En dehors de ces cas, il y a avantage à ne pas se hâter et à établir le traitement médical, qui produit souvent une détente des accidents les plus alarmants. La réaction péritonéale, qui marque le début de l'appendicite aiguë, ne doit pas être interprétée forcément dans le sens d'une péritonite généralisée. La divergence de vues des chirurgiens ne tient en somme qu'à des façons différentes d'apprécier les phénomènes péritonéaux. En octobre dernier, M. Routier voyait en ville une fillette de 9 ans qui présentait tous les signes d'une appendicite aiguë et il concluait à la nécessité d'une opération. Le jour même, la fillette entrait dans le service de M. Brun, qui prescrivit le traitement médical ; au bout de 48 heures, la détente se produisait ; deux mois après, la malade fut opérée à froid et guérit parfaitement. L'opération à chaud eût-elle procuré un meilleur résultat? Mais le traitement médical, pour réussir, doit être appliqué dans toute sa rigueur et le malade surveillé avec plus d'attention qu'après une intervention. M. Brun a observé, en 1898, 59 cas d'appendicite; 12 seulement ont été opérés à chaud ; chez 47, le traitement médical a abouti à la résolution complète de la crise; de ces 59 malades, 8 ont succombé.

M. CHAPUT rappelle qu'il a signalé, dès 1890, un procédé *a posteriori* (*Journal des Praticiens*, 1890). Il en arrive ensuite à la question capitale de la discussion, celle du traitement de l'appendicite aiguë. Les opérateurs se divisent en deux camps : les uns déclarent que « sous toutes ses formes, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible ». Ce sont les radicaux. Les autres, opportunistes, sont d'avis de laisser refroidir certains cas. Autant l'accord est ferme dans le premier camp, autant il y a de division dans le second. C'est surtout pour les cas de moyenne intensité que les avis sont partagés. En effet, il est difficile de dire à quels symptômes on reconnaîtra sûrement qu'un cas moyen peut se transformer en cas grave. M. Chaput est partisan de l'opération systématique dans tous les cas aigus, même dans les cas bénins, quel que soit l'état

général. Il faut d'autant plus se hâter que la péritonite se fait souvent avec une rapidité invraisemblable. L'indication est aussi urgente dans les cas où il n'y a pas de tumeur locale dans la fosse iliaque; ceci indique qu'il n'y a aucune adhérence et la péritonite est d'autant plus à redouter. S'il est vrai que l'opération à froid fournit une meilleure statistique que l'opération à chaud, cela tient à ce que tous les cas mortels se trouvent éliminés par l'expectation. Pour que celle-ci fût légitime, il faudrait établir qu'elle n'aggrave pas la situation des malades et que l'opération à froid est plus bénigne.

M. Chaput conclut en disant, comme M. Poirier, que toute appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible : parce que le diagnostic exact des lésions est impossible, parce que le pronostic ne peut être posé avec certitude, parce que l'attente aggrave les lésions, parce que l'opération précoce est aussi innocente que l'opération à froid, parce qu'elle seule peut sauver des malades que l'expectation tuerait à coup sûr.

P. Rellay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 13 février 1899. — Présidence de M. Bouchereau

M. le Dr Christian analyse une observation médico-légale du Pr Strassmann (de Berlin), sur un fait non encore signalé et trouvé sur un cadavre carbonisé.

Sous les décombres d'une maison incendiée on trouva le cadavre d'une femme de 42 ans à moitié carbonisé. Le cadavre était couché du côté gauche à peu près intact, le côté droit était consumé; les os dépouillés de leurs parties molles avaient été attaqués par le feu. La face du côté droit était également carbonisée, le crâne était entier et n'avait pas éclaté. La calotte cranienne enlevée, on trouva à la surface de l'hémisphère droit une masse rougeâtre, sèche, épaisse, adhérente à la face interne du crâne, séparée de la dure-mère par de la substance cérébrale désséchée et épaisse. Cette substance avait fusé par une petite déchirure de la dure-mère faite sur l'hémisphère gauche au niveau du lobe frontal. La masse brun-rougeâtre donnait l'apparence d'un gâteau de sang coagulé, porté à une haute température. L'examen microscopique a prouvé que l'on avait bien affaire à une masse sanguine très adhérente à la paroi osseuse. La substance cérébrale répandue en dehors de la dure-mère était altérée. Le cerveau était granuleux, s'émiettant au toucher. Le crâne intact, à moitié carbonisé à l'extérieur, présentait au-dessus de l'épine nasale un point entièrement brûlé et très friable.

Ces faits relevés soulevaient une question délicate pour les esprits. Car le mari de la victime était soupçonné d'avoir assassiné sa femme. On demandait, en effet, aux experts si l'hémorragie extra-méningée constatée provenait d'une violence extérieure à laquelle la femme aurait succombé avant d'être brûlée, ou si elle était due simplement à l'action du feu; en outre, comment avait pu se produire la déchirure de la dure-mère par où avait fusé la substance cérébrale ?

Pour cette dernière, les experts furent unanimes pour admettre que la déchirure duremérienne était due uniquement à l'expansion du gaz développé dans le crâne sous l'influence de la chaleur. D'où éclatement de la dure-mère. Fait qu'avaient déjà signalé Tardieu, puis M. Brouardel. L'explication de l'hémorragie extra-méningée était plus délicate. De premiers experts l'avaient rattachée à un choc extérieur comme cela arrive souvent.

M. le Pr Strassmann fut d'un avis différent. S'appuyant sur l'autopsie de trois cadavres brûlés dans une explosion, chez qui il avait trouvé la même masse de sang calciné, adhérente au crâne et entourée de goutelettes de graisse fondue qui ne pouvait provenir que des os du crâne, il émit l'idée que le sang lui-même pouvait avoir la même origine, la chaleur l'ayant chassé hors des os et des parties molles. Il institua alors une série d'expériences sur des cadavres humains et sur des animaux et constata que chaque fois que la tête en expérience était exposée à un foyer ardent, il se produisait une exsudation sanguine à la face interne du crâne.

Comme conclusion, l'auteur admet les conditions suivantes pour la production du phénomène : 1° Une action locale de la flamme, sur une partie limitée du crâne; 2° une flamme assez intense pour carboniser les parties molles et attaquer profondément l'os; 3° la crâne intact, n'ayant pas éclaté sous l'action de la chaleur.

G. Carrier.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

I. — Un Bureau de Santé au XVIIe siècle ; par le Dr Langlet (de Reims). (Brochure in-8 de 127 p. avec planches. Reims, Michaud, éd. 1898.)

1. — En feuilletant les archives communales et hospitalières de la ville de Reims, M. Langlet eut la bonne fortune de rencontrer un volumineux dossier relatif aux invasions pendant le xviie siècle de ce mal terrifiant qu'on apppelait alors la *Contagion* et qui très probablement, au moins pour un certain nombre de cas n'était autre que la *Peste*. A la vérité les documents qu'il a eu à sa disposition pour soutenir cette opinion sont presque tous d'ordre administratif. Cependant il semble bien résulter de plusieurs certificats médicaux qui s'y trouvaient annexés, que les éruptions de « pourpre » les tumeurs de l'aine, de l'aisselle, du pli du coude, l'inflammation des parotides jointes aux signes généraux de fièvres, sueurs, vomissements et de dépression doivent faire attribuer à la Peste la terrible épidémie qui vint s'abattre en 1635 sur la ville de Reims.

D'ou venait le mal ? Dès 1623 il était endémique en Champagne et dans les pays circonvoisins ce qui obligea le lieutenant et les gens du Conseil à édicter des mesures prophylactiques contre les voyageurs et les marchandises provenant des lieux infectés. Une quarantaine de 15 jours leur fut imposée et si les prescriptions édictées étaient enfreintes, les marchandises étaient saisies et les trafiquants se voyaient fermer les portes des hôtels des « Meulles » et de la Grosse Clef où ils avaient l'habitude d'apporter leurs ballots et de loger leurs personnes. Mais la *Contagion* gagnait du terrain : elle s'étendait à Amiens, à Soissons, et le 22 mai 1635, elle envahissait Reims, se propageait à 335 maisons pour se terminer le 4 novembre, date de la dernière désinfection.

L'ensemble des moyens employés pour combattre forme le fond de l'intéressant travail de M. Langlet qui nous donne un tableau fidèle de ce que pouvait être un service sanitaire au xviie siècle. Nous avons déjà dit que voyageurs et marchandises étaient soumis hors les murs à une quarantaine de 15 jours. Malgré ces précautions l'épidémie ayant gagné la ville de Reims, il fut créé un *Bureau de santé* dont le siège central était à l'hôtel de ville. Les lieutenants échevins et gens du conseil en prirent la direction et divisèrent la cité en plusieurs quartiers administrés par des commissaires spéciaux dont les fonctions étaient loin d'être une sinécure. Ils devaient, en effet, visiter les maisons suspectées, signaler les causes d'insalubrité qu'ils constataient et proposer s'ils les jugeaient nécessaires des mesures de désinfection toujours rigoureusement appliquées.

Les personnes suspectes étaient isolées dans la maison même qu'on faisait « barrer », c'est-à-dire dont on fermait les portes et les fenêtres; quant aux malades, ils étaient transportés aux Loges et à la Barge, sorte de lazaret dont nous allons parler. Les suspects ne pouvaient sortir de la maison que sur permission délivrée par les commissaires; encore devaient-ils porter à la main une baguette blanche les dénonçant à l'attention publique. Etant donnée la terreur folle qui régnait du mal et entrainait des dénonciations, le peu de certitude du diagnostic, de nombreuses familles se trouvèrent ainsi enfermées par autorité de justice, sollicitant des billets pour avoir du pain. On comprend les souffrances que dut endurer cette malheureuse population.

Pour détruire sur place les germes de la contagion, il existait une corporation dite des « aérieurs ». Ceux-ci devaient entretenir sur les places publiques et dans les carrefours, devant les maisons infectées, de grands feux pour purifier l'air. Ils purifiaient les locaux atteints en y brûlant du genièvre et autres plantes aromatiques, éteignant des anneaux de grès chauffés dans du vinaigre, lessivant les murs et les objets mobiliers. Le métier était dur et il ne rapportait que

40 à 45 livres par mois; il était dangereux, car nombre d'aérieurs durent aller rejoindres leurs clients aux Loges et à la Barge.

Ces *Loges* n'étaient autres que des constructions en bois élevées sur divers points de la ville, en particulier dans les faubourgs, lors des épidémies qui à diverses reprises avaient antérieurement désolé la ville de Rennes. Quant à la *Barge* ou *Buanderie*, c'était un ancien établissement où les teinturiers avaient autrefois coutume de traiter leurs laines. Le tout fut vite envahi et l'on songea bientôt, vu l'encombrement, à utiliser la ferme de Clermaret. L'installation de ces locaux mal appropriés était des plus défectueuse; les chirurgiens et les religieux et religieuses qui leur servaient d'aides avaient fort à faire pour soigner les malades, désinfecter les chambres, faire enterrer les morts dans le cimetière spécial des pestiférés. Heureusement que l'épidémie entra bientôt en décroissance. Commencée en mai 1635, il n'y avait que des cas isolés en septembre; fin octobre elle pouvait être considérée comme terminée. Il est difficile de dire le nombre de victimes qu'elle avait faites, celui-ci devait être considérable. Le Bureau de Santé, par les mesures fort sages qu'il avait édictées et fait appliquer, n'avait pas été étranger aux bons résultats obtenus.

La brochure de M. Langlet est très riche en documents: ceux-ci gagneraient à être serrés de plus près, groupés et coordonnés, car il est difficile parfois de s'y reconnaître au milieu des nombreuses pièces justificatives. Elle nous donne cependant un excellent aperçu des idées de l'époque en matière de désinfection et de défense contre les épidémies; les bruits de peste qui circulent actuellement lui donnent un regain d'actualité. C'est l'œuvre d'un médecin très érudit et très consciencieux; elle sera consultée avec fruit par ceux de notre profession qui s'intéressent aux choses du passé.

II. — **Récamier et ses contemporains (1774-1852).** Etude d'histoire de la médecine aux XVIII[e] et XIX[e] siècles, par le D[r] P. TRIAIRE, in-8 de 456 pages, 1 portrait. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1898.

II. — La génération actuelle, empressée vers les découvertes qui depuis vingt ans ont presque rénové la science médicale, semble de plus en plus dédaigneuse de jeter un regard vers le passé. Jamais l'histoire de notre art ne fut plus délaissée. Il se rencontre cependant de temps en temps des esprits curieux, soucieux de montrer en outre quels enseignements on peut puiser dans l'étude de l'évolution des idées. De ce nombre est M. Triaire (de Tours), dont le beau livre sur *Récamier et ses contemporains*, venu après *Bretonneau et ses correspondants*, est digne de tous les éloges et mérite mieux qu'une simple analyse.

La méthode que suit M. Triaire dans ses études historiques mérite notre approbation. Il prend un médecin renommé dont il possède par le menu la vie privée et scientifique et le place bien en vue dans le milieu qu'il désire nous faire connaître. Les péripéties de la vie souvent accidentée de son héros donnent au récit le charme d'une histoire vécue et font passer ce qu'il y a d'aride dans l'exposé doctrinal qu'il s'est surtout proposé de soumettre à notre appréciation.

A ce dernier point de vue tout au moins, Récamier a été bien choisi et s'il coudoya nombre de ses contemporains qui jouèrent sur la scène médicale du XIX[e] siècle un rôle plus considérable que le sien, il en est peu dont la vie fut plus fertile en incidents dignes de tenter un historien. Elle débute en manière d'épopée. Récamier, le légitimiste intransigeant qui devait refuser le serment à Louis-Philippe l'usurpateur et de ce fait se démettre de toutes ses charges, commence par servir la République une et indivisible. Embarqué en qualité d'aide médecin — il avait 21 ans — sur le *Ça ira*, il assiste au combat que soutint ce vaisseau à lui seul contre la flotte anglaise tout entière et qui fait époque dans les fastes de la guerre maritime. Il s'y conduisit en héros, ce qu'il fit du reste toute sa vie.

Prisonnier des Anglais, puis échangé contre le chirurgien major du *Berwick*, Récamier, après avoir été attaché à l'hôpital maritime de Toulon, est nommé à l'internat des hôpitaux de Lyon. Il se rend enfin à Paris en 1797, ayant obtenu une place à l'*Ecole de Santé* instituée par décret du 14 frimaire an III.

M. Triaire prend texte de son arrivée à Paris pour nous dire ce qu'était avant la Révolution la science médicale représentée par l'ancienne Faculté de Médecine. Le tableau a souvent été tracé, mais il est encore intéressant sous la plume toujours éloquente et documentée de l'auteur qui étudie la constitution de la Faculté, ses dogmes, le rôle parallèle de l'Académie de Chirurgie et de la Société royale de Médecine. Il nous initie de cette façon à la rénovation qui allait se faire sous les auspices de la Convention, réorganisatrice d'un enseignement qui, à proprement parler, n'existait pas et nous montre le rôle joué par les chefs d'école. On lira avec plaisir les péripéties clairement exposées de cette lutte toujours courtoise entre la médecine anatomique dont se réclamait Corvisart et la philosophie de l'Ecole de Condillac chère à Pinel. Ça et là des appréciations marquées au bon coin sur Boyer, Desault, Antoine Dubois et autres illustres contemporains. Ce furent les maîtres de Récamier, et surtout Corvisart, qui, comme les hommes de son époque, estimait qu'il n'y avait pas de frontières entre la médecine et la chirurgie.

Reçu au concours de l'Ecole pratique, dont en 1799 il remporte le grand prix, il passa sa thèse. En 1803, nous le trouvons médecin expectant de l'Hôtel-Dieu dont il devient médecin-chef en 1806; il avait alors 32 ans. C'est là que devaient se dérouler les principaux actes de sa vie scientifique. A ce moment, le corps médical était en grand émoi par la grande lutte entre l'Ecole anatomo-pathologique représentée par Bayle et Laënnec et celle que Broussais qualifiait pompeusement de physiologique. Elève de Corvisart, Récamier fut porté pour Laënnec, mais ses aspirations allaient ailleurs: elles devaient, au déclin de sa vie, lui faire commettre la faute de solliciter une chaire au Collège de France pour s'y faire le champion de la doctrine spiritualiste ou vitaliste, mais n'anticipons pas.

C'est à l'Hôtel-Dieu qu'il fait ses principales découvertes. Esprit ingénieux, clinicien sagace, Récamier invente le spéculum, préconise contre la fièvre typhoïde la méthode des bains froids qu'il précise et réglemente au point qu'il ne restait à Brand rien à découvrir. Il y fonde une clinique où se presse la jeunesse studieuse de l'époque.

Devant le succès de son enseignement, la Faculté lui ouvre ses portes et l'appelle, en 1821, à la chaire de clinique de l'*Hôpital de perfectionnement*, que nombre d'entre nous ont connu sous le nom d'*Hôpital des Cliniques*. Mais son nouveau service ne lui fit pas délaisser l'Hôtel-Dieu. C'est de cette époque que datent ses travaux sur le cancer, celui de l'utérus en particulier. Il inaugure en France l'excision du col et en 1829 il fait la première opération d'hystérectomie vaginale dont il avait réglé minutieusement tous les détails. Quelque temps après il préconise un procédé de ponction contre les kystes de l'ovaire, découvre le frémissement hydatique, traite les abcès du foie par les applications caustiques, qui permettant aux adhérences de se produire, sont encore employées aujourd'hui. Il invente une curette utérine, un pharyngotome, préconise l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin dans le traitement des abcès pelviens. On le voit, Récamier avait surtout un tempérament chirurgical; c'était un actif, un militant à tous les points de vue, il ne devait pas d'ailleurs tarder à le montrer.

Récamier était alors professeur de clinique médicale à la Faculté, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine, il semblait qu'il n'eût plus rien à souhaiter. Laënnec mourut et sa place de professeur au Collège de France devint vacante. Récamier la sollicita et l'obtint contre Pariset et surtout contre Magendie, auquel elle convenait singulièrement mieux qu'au clinicien de l'Hôtel-Dieu. Ce n'était pas d'ailleurs, nous apprend M. Triaire, pour professer « une partie quelconque des sciences médicales qu'il l'avait demandée et obtenue, mais bien pour combattre les idées et les croyances qui répugnaient à ses propres conceptions ». Catholique convaincu et militant, ami de Lacordaire et plus tard du P. de Ravignan qu'il devait guérir par l'hydrothérapie froide d'une aphonie kystique, Récamier avait rêvé, du haut de sa chaire du Collège de France, de pourfendre l'Ecole organicienne ou naturaliste dont

les progrès allaient croissant, en lui opposant le spiritualisme esquissé du nouveau vitalisme. « Chrétien ardent, il apportait à ces graves questions de psychologie l'enthousiasme passionné des hommes de foi primitive. »

Les événements, hélas! ne devaient pas lui permettre de réaliser son rêve. La Révolution grondait contre l'impopulaire Charles X : Louis-Philippe lui succédait et les professeurs de la Faculté et du Collège de France durent prêter serment à l'usurpateur. Récamier, avec une grande hauteur d'âme, sacrifia places et honneurs à ses convictions, il refusa le serment qu'on exigeait de lui et fut aussitôt remplacé dans ses diverses charges.

Après un court séjour à Fribourg en Suisse, où il se retrempa dans la contemplation de la grande nature, elle aussi immuable, il rentra en France et reprit sa clinique de l'Hôtel-Dieu à laquelle il se consacra désormais complètement, continuant ses recherches sur les abcès pelviens, inaugurant la dilatation dans le traitement de la fissure à l'anus. Sa vie fut d'ailleurs toujours des plus remplies : il se délassait des soins à donner à sa vaste et riche clientèle en faisant de son salon un des centres du mouvement religieux qui suivit la Révolution de 1830 et qu'avaient provoqué Lacordaire et Montalembert, ses clients et ses amis. C'est en pleine activité que la mort vint le surprendre, debout presque au milieu de ses malades. Le 20 juin 1852, âgé de 78 ans, il tombait frappé d'une attaque d'apoplexie.

« Récamier, dit M. Triaire, était une des intelligences les plus hardies et un des esprits les plus honnêtes du siècle. Il fut non seulement un grand médecin justement célèbre de son temps... mais il a été aussi un grand homme de bien, un vrai saint laïque, c'est-à-dire un homme qui honore la science et l'humanité. » Il ne lui manquait qu'un historien. Il a eu l'inappréciable bonne fortune de trouver en M Triaire un homme possédant à fond l'histoire des doctrines médicales, ce qui n'est pas commun, un écrivain élégant, coordonné, toujours intéressant même dans l'aridité des exposés doctrinaux et de plus partageant les convictions du héros auquel il a élevé un monument que le temps consacrera aussi solide que l'œuvre de son modèle. GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE DE STOMATOLOGIE

I. — Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche; par le Dr CRUET.

I. — La littérature médicale, sous l'influence des doctrines nouvelles et par le fait de l'extension des découvertes bactériologiques, subit une sorte de renouveau. Les différentes branches de l'art médical sont presque entièrement à remettre à jour; aussi voyons-nous éclore en ce moment nombre de *bibliothèques* spéciales publiées sous la direction de maîtres éminents.

C'est ainsi que s'est constituée la *Bibliothèque d'hygiène thérapeutique* dirigée par M. le Pr Proust. Or, dans cette série vient de paraître un livre qui nous intéresse tout particulièrement : *L'hygiène et la thérapeutique des maladies de la bouche*, par le Dr Cruet, ouvrage précédé d'une préface de M. le Professeur Lannelongue.

Sous son format modeste, cet ouvrage est un résumé très condensé de *Stomatologie*, cette branche de la médecine qui vient de recevoir une consécration officielle longtemps attendue, en France du moins; en effet, le Congrès de médecine de 1900 comportera une section spéciale de *Stomatologie*.

Le livre du Dr Cruet n'est pas restreint aux seules limites de son titre, car il débute par un aperçu général sur l'anatomie et la physiologie buccales et dentaires, l'auteur estimant ces notions utiles à rappeler pour mieux comprendre les nombreuses méthodes opératoires et les détails de traitements décrits ultérieurement. Il passe ensuite en revue les différentes affections de la région buccale y compris tout particulièrement le système dentaire qui en est inséparable et développe pour chacune de ces affections les considérations d'hygiène et les traitements thérapeutiques les mieux appropriés à leur cure.

Pour nous borner à une analyse succincte nous ne ferons que signaler les théories et les applications les plus originales où l'auteur a apporté le fruit d'études approfondies et d'une longue observation clinique. C'est ainsi que nous appellerons en particulier l'attention sur l'étude des *accidents de la première dentition* rapportés par l'auteur encore plus peut-être à des troubles d'origine infectieuse ayant leur point de départ sous une muqueuse gingivale très amincie et laissant filtrer les micro-organismes, qu'à des phénomènes d'ordre réflexe.

L'étude des *Stomatites* forme l'objet de développements importants et nous y trouvons la reconnaissance de la *Stomatite mercurielle* au titre des stomatites infectieuses générales, théorie dont Galippe fut le promoteur et qui semble définitivement acceptée aujourd'hui.

L'auteur consacre également plusieurs pages au résumé critique des théories sur la *nécrose phosphorée*, cette question si importante pour l'hygiéniste mais qui n'est peut-être pas encore aussi définitivement résolue que la précédente.

Les complications de la carie dentaire, souvent si étendues, parfois même redoutables, sont traitées par M. Cruet de la façon la plus magistrale; mais il est une affection qui tout particulièrement préoccupe l'auteur et à laquelle il consacre une étude très documentée étant donné l'extrême fréquence de la maladie comme aussi sa résistance aux multiples moyens thérapeutiques qui lui ont été appliqués. Nous voulons parler de la *pyorrhée alvéolaire* de Jourdan, *ostéo-périostite alvéolo-dentaire* de Magitot, ou encore *gingivite arthro-dentaire infectieuse* de Galippe. Pour M. Cruet comme pour Galippe du reste, en dehors de l'état morbide ou diathésique général, facteur capital, la porte d'entrée de l'affection est la voie gingivale et le traitement qui découle de cette théorie qui ne peut guère être contestée, consiste en l'asepsie et encore mieux la destruction des culs-de-sac gingivaux bordant le collet des dents atteintes. La méthode de résection gingivale, en grande partie opérée par le galvanocautère, revient en propre au Dr Cruet qui en avait déjà fait l'objet de travaux antérieurs.

D'autres chapitres du plus réel intérêt sont consacrés aux relations pathologiques du système dentaire avec l'œil et l'oreille ainsi qu'aux névralgies d'origine dentaire. L'étude de ces dernières conduit l'auteur à la question du *tic douloureux de la face* dont la pathogénie et le traitement laissent encore un vaste de champ d'études à ceux que préoccupe la chirurgie de la face, malgré les travaux empreints d'ingénieuses considérations du Dr Jarre. D'ailleurs, M. Cruet fait d'une façon fort sage l'examen critique des théories de cet auteur et en tire des conclusions très judicieuses en établissant une distinction entre les névralgies dues à des névromes siégeant superficiellement à la gencive et celles causées par des névromes alvéolaires plus profonds.

Nous trouvons encore dans le livre de M. Cruet une étude d'ensemble sur les opérations qui se pratiquent sur la bouche et les dents, où nous relevons la description d'un procédé spécial employé par l'auteur pour l'ablation des dents brisées très loin du bord libre des gencives et consistant en un morcellement léger et peu douloureux (grâce à un peu de cocaïne) des gencives et de l'alvéole au moyen du davier, permettant d'énucléer le débris dentaire.

Nous avons à citer encore les pages consacrées aux méthodes anesthésiques usités en chirurgie buccale. L'anesthésie locale par la cocaïne notamment, y est traitée avec une compétence toute spéciale, M. Cruet ayant déjà, en d'autres mémoires, formulé de la façon la plus précise les règles qui régissent l'emploi de la cocaïne en chirurgie dentaire ainsi que son manuel opératoire.

Enfin le souci le plus scrupuleux des méthodes et des traitements antiseptiques qui domine toutes les considérations thérapeutiques de l'ouvrage fournit la matière des derniers chapitres où sont traitées les questions d'hygiène buccales si utiles à propager, au double point de vue de l'hygiène individuelle et de l'hygiène collective.

Nous ne voulons pas clore cette hâtive et trop insuffisante analyse sans mettre en lumière les qualités propres à l'écrivain : la clarté d'exposition et l'agrément d'une forme littéraire très pure, qui font que le livre de M. Cruet semble la transcription d'un cours *ex cathedra*.

Nous recommandons donc tout particulièrement la lecture

de cet ouvrage à tous les médecins désireux d'acquérir quelques notions pratiques de Stomatologie dont ce livre, nous ne saurions trop le répéter, est un véritable Compendium. Ils y trouveront, sous une forme nullement aride, les préceptes généraux qui dans bien des cas empêcheront le praticien d'hésiter dans son diagnostic et d'errer dans la voie thérapeutique.

CH. BOUVET.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale; par le Pr GRASSET. 3e série, 1898. (Paris, Masson, édit.)

Fidèle à la tâche qu'il s'est imposée, le savant professeur de Montpellier offre au public médical la troisième série de ses leçons cliniques. Comme les séries précédentes, ces leçons se remarquent par la netteté de l'exposition et la précision de la pensée. La plupart d'entre elles sont consacrées à des sujets de neuropathologie.

Le Pr Grasset réunit entre eux les centres auditif, visuel, de sensibilité, de motilité, de la parole et de l'écriture, et forme ainsi un polygone. Chacun de ces centres est en outre uni au centre hypothétique de l'idéation. Ce polygone sert de base à toute une classification des phénomènes de l'aphasie, qui comprend des formes corticales, transcorticales, sous-corticales et sus-corticales, chacune d'elles comprenant quatre variétés. — Par son polygone, Grasset essaie une classification et une explication physiologique et pathologique de l'automatisme psychologique, et met en lumière certains points encore obscurs (anesthésie et paralysie hystériques).

Suit une observation très intéressante d'aphasie de la main droite chez un sourd-muet, tandis qu'il peut encore s'exprimer avec sa main gauche, en langage de sourds-muets.

Plusieurs leçons fort instructives sont consacrées à la séméiologie de la moelle sacrée. Différencier les affections des nerfs sacrés périphériques, de la queue de cheval, du cône et de la moelle sacrée, tel est le but de l'auteur. Pour faire ce diagnostic, Grasset s'appuie sur les signes extérieurs indiquant le siège et la hauteur de la lésion (douleur spontanée, gibbosité), la dissociation des réflexes, le syndrome de Brown-Sequard, la dissociation syringomyélique.

Après des leçons très cliniques et très suggestives sur la sclérose multiple disséminée, le Pr Grasset montre l'importance du poumon en neuropathologie. Plusieurs cas cliniques de sclérose latente amyotrophique, d'amyotrophie musculaire, de tabes, de polynévrite servent à cette démonstration. Cette démonstration a d'ailleurs été publiée dans les *Archives de Neurologie*, 1897, t. II.

Une leçon est consacrée à l'étude de l'homme momie, sclérodermie congénitale généralisée, frappant la peau, les muscles et les os.

Un cas de tic du colporteur, spasme polygonal post-professionnel, est le point de départ d'une étude d'ensemble des chorées, des myoclonies et des tics.

L'état de la vision est souvent d'une importance capitale dans le diagnostic et la localisation des affections cliniques. Aussi le Pr Grasset s'étend-il longuement dans son chapitre très intéressant sur la séméiologie clinique de la vision. Cette étude très complète et très claire des neurones visuels periphérique, cortical et de relais, forme une des leçons les plus instructives et les plus neuves du volume. Après les voies sensorielles, l'auteur étudie les voies motrices et établit l'existence d'un chiasma oculo-moteur (semi-décussation de l'oculo-moteur commun), analogue au chiasma optique. Cette corruption, très originale, permet d'expliquer la déviation conjuguée des yeux et la séméiologie oculo-motrice.

Parallèlement à l'écriture en miroir, on peut observer la parole en miroir : le Pr Grasset en fournit un exemple typique avec renversement litteral.

A côté de l'anatomie didactique du système nerveux, telle que l'enseignent les anatomistes, il en est une autre beaucoup plus importante pour le clinicien, c'est l'anatomie clinique du système nerveux. Elle diffère de l'anatomie descriptive et topographique, et se rapproche plutôt de l'anatomie physiologique. Cependant elle ne se confond pas avec celle-ci. L'anatomie physiologique est l'anatomie de l'animal vivant; pour le clinicien, il faut l'anatomie de l'homme vivant. Dans une leçon magistrale et d'une haute portée, le professeur étudie chaque fonction, les nerfs craniens, la moelle, le cerveau; à côté de l'anatomie descriptive et topographique, il place l'anatomie de la fonction. Profondément pensée et posée dans un style simple et précis, cette leçon est une des meilleures du volume et une des meilleures du savant professeur. Elle éveille chez le lecteur une foule d'idées et précise pour beaucoup les faits observés.

Plus loin nous trouvons trois cas d'atrophie musculaire qui devient le syndrome du neurone moteur inférieur.

Le volume contient enfin deux rapports : l'un présenté au Congrès de Bordeaux sur les myélites infectieuses, l'autre au Congrès de Moscou sur le traitement du tabes. Quelques leçons sur la tuberculose, la pneumonie, le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde complètent le volume.

Cette troisième série de leçons cliniques est digne des deux premières; c'est le plus bel éloge qu'on puisse en faire. Le savant professeur de Montpellier y révèle sa science clinique parfaite, un esprit de critique des plus studieux et une facilité d'exposition remarquable. En même temps qu'elles font honneur au Maître qui les a pensées et professées, ces leçons indiquent quelle vitalité possédent les Universités de province et combien facilement elles peuvent servir à la décentralisation scientifique.

MIRAILLIÉ.

VARIA

La question des eaux de l'Avre.

M. le Dr Thoinot, professeur agrégé, secrétaire du Comité consultatif de France, donne, dans une lettre au directeur du *Temps*, d'intéressants détails sur cette question. Nous empruntons à cette lettre les passages suivants :

« Les habitants de la région où sont captées ces sources nous disent qu'elles ne sont en grande partie tout au moins qu'une *eau de réapparition*. L'argument est développé, avec quelle valeur on va le voir, dans une intéressante brochure de M. Ferray, membre du conseil d'hygiène de l'Eure. L'Avre et ses affluents sont criblés sur leur parcours de *gouffres*, de *bétoires*, suivant le mot local, où disparaissent leurs eaux, en totalité ou en partie, suivant la saison, et ces eaux vont reparaître à distance, en donnant lieu à des sources puissantes : parmi ces sources se trouvent justement les sources d'Erigny, des Graviers, de Foisy et du Nouvet ou *sources de la Vigne* captées par la ville de Paris, et qui, avec la source du Breuil, captée plus loin, forment ce que nous appelons ici les eaux de l'Avre. L'existence des *bétoires* dans le lit de l'Avre et de ses affluents, la disparition des eaux en totalité ou en partie sont choses incontestables et bien connues dans le pays : je les ai vérifiées moi-même bien des fois au cours de mes séjours dans la région . . . .

« Si l'existence des gouffres sur l'Avre et ses affluents est incontestable, la communication des eaux absorbées en ces points avec les sources de la Vigne, ces sources qui alimentent Paris, ne serait pas moins certaine.

« La preuve s'en trouve dans une expérience *officielle* faite par le service des ponts et chaussées d'Eure-et-Loir, expérience dont le résultat a été *officiellement* consigné dans un rapport établi par ce service à la date du 23 novembre 1887.

« Les expérimentateurs ont, dans une première opération, versé, le 8 septembre 1887, 3 kilogrammes de fluorescéine dans un gouffre du lit de l'Avre, en amont de Verneuil. Le 11 septembre, à cinq heures du soir, la belle couleur verte de la fluorescéine apparaissait dans trois des sources du groupe de la Vigne : Erigny, les Graviers, Foisy, situées à 8 k. 500 à vol d'oiseau du point où avait été déversée la matière colorante. Le 10 novembre 1887, nouvelle opération, cette fois dans le lit du ruisseau de Saint-Maurice. Cinq kilogrammes de fluorescéine sont versés, à deux heures de l'après-midi, dans un gouffre de cet affluent de l'Avre. Le 14, à quatre heures du soir, la source du Nouvet, la dernière des sources du groupe

parisien de la Vigne, se montrait colorée. La source du Nouvet est à 14 kilomètres environ du point où avait été versée la fluorescéine.

« De pareilles expériences sont irréfutables. On pourra discuter si l'eau de réapparition de l'Avre et de ses affluents constitue la totalité des eaux de la Vigne — ce qui semble peu probable d'ailleurs — ou si elle n'en forme qu'un appoint plus ou moins important. Mais, faible ou fort, cet appoint est de trop. Car c'est un appoint d'eau de rivière, d'eau circulant avant la disparition à l'air libre, livrée à toutes les souillures, et il est moins que démontré que le cours souterrain soit un agent de purification suffisant pour rendre à ces eaux contaminées leur virginité perdue. Qu'il me soit permis de citer à l'appui un fait personnel qui a eu à Besançon un certain retentissement il y a quelques années. La ville souffrait depuis longtemps d'épidémies typhoïdes exactement localisées dans la zone de distribution de l'eau d'Arcier. Ces belles et puissantes eaux étaient soupçonnées d'être en communication souterraine avec un ruisseau, le ruisseau de Nancray, disparaissant dans un gouffre à quelques kilomètres des sources d'Arcier. Or, le ruisseau de Nancray recevait toutes les eaux vannes du village de Nancray, et dans ce village régnait la fièvre typhoïde. En versant de la fluorescéine dans le gouffre de Nancray, j'ai, avec l'aide du directeur des travaux de la ville, M. Jeannot, coloré les eaux d'Arcier, et montré que le cours souterrain du ruisseau de Nancray n'enlevait pas aux eaux de ce ruisseau leur nocuité.

« La question des eaux de l'Avre est donc nettement posée, et ce qui existait en 1887, avant l'exécution des travaux de captage pour Paris, n'a pas changé du fait de ces travaux. A toute question posée il faut une solution, si possible, et Paris demande à ne consommer pour son argent que de l'eau pure ou purifiée.

« Je voudrais que *M. Qui de droit* constituât sans délai une commission, *peu nombreuse surtout*, composée de membres délégués des deux grands corps savants de l'Etat et du département de la Seine : le Comité consultatif d'hygiène publique de France et le le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. A cette commission, qu'on adjoigne quelques représentants de la ville et les quelques fonctionnaires des services intéressés, avec voix consultative ou délibérative, et que cette commission évoque devant elle toute la question des eaux de l'Avre, qu'elle fasse enquête complète et lumière complète, et qu'elle propose après étude le remède approprié.

« Je voudrais aussi, pendant que les eaux de l'Avre sont mises sur le tapis, que la commission eût tout pouvoir pour étudier la question des eaux de Paris dans son ensemble. »

D'autre part nous lisons dans les *Débats* du 16 février :

« Dans la réunion que vient de tenir à l'Hôtel de Ville la commission désignée par le préfet de la Seine pour étudier le régime des eaux de l'Avre, et à laquelle assistaient, indépendamment de M. Berthaut, président, et des membres de la 6e commission du Conseil municipal, MM. Proust, de l'Académie de Médecine; le Dr Cornil, sénateur; Ad. Carnot, inspecteur général des mines; Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur; A. Riche, directeur des essais à la Monnaie; le Dr Miquel; Lévy, inspecteur général des ponts et chaussées; le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement; Defrance, directeur administratif des travaux de la Ville de Paris; Menant, directeur des affaires municipales, et Bechmann, ingénieur en chef des eaux et égouts, il a été établi que les sources de l'Avre sont déterminées par les eaux atmosphériques filtrant à travers les couches supérieures d'un haut plateau que l'extrême perméabilité du sol rend inhabitables.

« D'autre part, les analyses des eaux prises à leur point d'immersion n'ont révélé la présence d'aucun germe pathogène. Quant à leur opacité, elle est produite par certaines matières inorganiques que les couches filtrantes sont impuissantes à retenir; mais il n'y a pas lieu de s'en alarmer.

« La rédaction du rapport de la commission, qui sera publié, a été confiée à M. Duclaux. »

Une victime du devoir.

Les obsèques de l'interne Jais, mort victime de son dévouement à l'ambulance des typhiques d'El Kettar ont eu lieu au cimetière israélite de Saint-Eugène, en présence d'une foule considérable. M. Laferrière, gouverneur général de l'Algérie, y était représenté par un officier d'ordonnance; M. Lutaud, préfet d'Alger, par son secrétaire particulier; M. Salières, premier adjoint au maire d'Alger, plusieurs conseillers municipaux, tous les professeurs des écoles supérieures d'Alger, le corps médical et le personnel administratif de l'hôpital suivaient le corbillard. Au cimetière des discours ont été prononcés par M. Bloch, grand-rabbin d'Algérie ; par M. Houel, président du consistoire d'Alger ; par M. Bruck, directeur de l'école de médecine.

M. Saliège, au nom du corps médical, a parlé ensuite de la décoration attribuée tardivement à M. Jais, décoration qui, dit-il, « lui fut marchandée par le préfet d'alors ». A ce moment, dit l'Agence nationale, un léger incident s'est produit. M. Giraud, secrétaire général de la préfecture, a protesté contre le rôle prêté à l'administration. M. Saliège a terminé en préconisant la fin des luttes stériles, dans une union de concorde et de tolérance pour toutes les croyances et toutes les convictions. « Le corps médical, dit-il, est fier de saluer le défunt. » M. Gillot, interne, adresse un adieu ému à son camarade, et le docteur Blaise a clôturé la série des discours par un appel à la tolérance. « On ne fonde rien sur la haine, dit-il. Le progrès ne peut être établi que sur un mutuel respect des croyances. » (*Le Temps.*)

Plaintes centre l'Assistance publique.

Plusieurs journaux reproduisent l'appel suivant, relatant les plaintes contre certains services de l'Assistance publique dont l'Union des syndicats du département de la Seine s'est fait l'écho :

Citoyens,

L'Union des syndicats du département de la Seine, vivement émue des réclamations multiples sur :

1° Les agissements pratiqués dans les hôpitaux, en ce qui concerne les bains sulfureux délivrés gratuitement par l'Assistance publique aux syndicats ouvriers, pour leurs membres, le défaut d'hygiène de ces salles de bains, l'insuffisance des baignoires par rapport au nombre de ceux en ayant besoin, les stations forcées, en attendant leur tour, et ce dans la rue, laissés aux intempéries des saisons ;

2° Des plaintes formulées contre lesdits hôpitaux sur l'insuffisance de la nourriture donnée aux malades.

Pour ces raisons, décide d'organiser une grande réunion corporative qui aura lieu le mercredi 25 janvier, à 9 heures du soir, grande salle de la Bourse du travail, 3, rue du Château-d'Eau.

Ordre du jour : Abus commis dans les hôpitaux ; mauvaise application des mesures d'hygiène à l'égard des bains sulfureux donnés dans les hôpitaux. Travailleurs, qui avez à vous plaindre de ces abus, vous viendrez protester.

Syndicats, qui avez enregistré ces réclamations, vous tiendrez à venir donner lecture des rapports que vous avez faits à ce sujet.

Les conseillers municipaux, membres de la commission de surveillance des hôpitaux, sont spécialement invités par lettre, pour prendre connaissance des réclamations qui seront formulées, pour en saisir le Conseil municipal. *La Commission exécutive.*

Nous rappellerons à cette occasion, les nombreuses campagnes faites par nous pour la construction ou la réorganisation des services balnéo-hydrothérapiques, dans les hôpitaux et hospices de Paris, soit dans le *Progrès médical*, soit au *Conseil municipal*. Nous avons obtenu la construction de ces services à Saint-Antoine, à Laënnec, à Lourcine, à la Salpêtrière, l'organisation des bains externes à l'Asile clinique et à Saint-Louis. Rien n'a été fait à la Pitié où le service est déplorable. Nous rappellerons aussi que c'est sur nos instances réitérées qu'ont été donnés les bains sulfureux aux ouvriers peintres. B.

L'Alcoolisme chez les enfants.

S'il faut en croire le *Journal des Débats*, l'alcoolisme serait fréquent dans les écoles de Bonn :

« Les autorités de la ville de Bonn ont fait procéder récemment à une enquête sur l'alcoolisme parmi les élèves des écoles primaires. Les constatations auxquelles cette opération a donné lieu sont loin d'être rassurantes. Seize enfants sur cent ne buvaient pas de lait et refusèrent absolument d'en boire, sous prétexte que ce breuvage manquait de saveur. Sur 247 élèves, âgés de 7 à 8 ans, que comptent les écoles primaires de Bonn, il ne s'en trouva aucun qui n'eût déjà bu du vin, de la bière ou de l'eau-de-vie. 25 0/0 n'avaient jamais goûté d'eau-de-vie, mais buvaient habituellement de la bière ou du vin. 8 0/0 de ces enfants recevaient quotidiennement de

la main de leurs parents un verre d'eau-de-vie, « afin de devenir forts ». Certains étaient habitués au cognac. Il ressort d'une façon absolument certaine de l'enquête faite à Bonn, que plus les enfants sont accoutumés à l'alcool, plus leur intelligence est paresseuse. Ceux qui déjeunaient le matin avec un verre d'eau-de-vie ou de cognac et qui ne trouvaient au lait « aucune saveur » se trahissaient par leur inattention complète pendant la première heure de la matinée. Un fait singulier révélé par le rapport de Bonn, c'est que les jeunes filles qui déjeunent avec du cognac ou de l'eau-de-vie sont en beaucoup plus grand nombre que les jeunes garçons. »

Il est probable qu'à Paris une enquête analogue révélerait une situation encore bien plus grave, car l'alcoolisme des jeunes enfants et même des nourrissons n'y est pas une rareté.

La Cure de la Calvitie.

S'il faut en croire le *Journal des Débats*, M. Menahen Hodara viendrait de faire à la Société de Médecine de Constantinople une communication destinée à rendre l'espoir aux infortunés que désole une précoce calvitie. A la suite de longues recherches, il est parvenu à reboiser partiellement quelques crânes dénudés. Voici comment il opère. Dans une incision pratiquée sur une partie du derme que, par ironie, peut-être, on appelle cuir chevelu, il insère un fragment de tige de cheveu. La plaie se cicatrise, le fragment s'enracine, et, au bout de plusieurs semaines, il se forme quelquefois à sa base un bulbe qui suffit à la nutrition et à la croissance du cheveu implanté. C'est merveilleux, comme vous voyez. Malheureusement, il faut faire autant d'incisions qu'on veut planter de cheveux, ce qui ne laisse point que de représenter beaucoup de travail pour l'opérateur, puisque, sur une tête moyennement ombragée, les unités capillaires se chiffrent par plusieurs millions. D'autre part, l'opération réussit *quelquefois* : les boutures ne reprennent pas toutes; il y a même beaucoup de déchet. M. Menahem Hodara n'est donc pas seulement modeste, il est véridique quand il déclare que la guérison de la calvitie n'est encore qu'à ses débuts. Mais, comme il l'ajoute lui même, l'ensemencement et la repousse artificiels des cheveux seraient une si précieuse conquête de la thérapeutique qu'il convenait, sans plus attendre, de porter les résultats de ces premiers essais à la connaissance des innombrables personnes que préoccupe ce passionnant sujet.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies du système nerveux. — M. GILLES DE LA TOURETTE. Policlinique le mercredi à 10 heures, hôpital Saint-Antoine, laboratoire Axenfeld.

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave LOISEL, le vendredi à 5 h. 1/2, rue de l'Estrapade, 18.

Gynécologie et chirurgie abdominale. — M. le Dr FOURNEL, lauréat de la Faculté, a commencé le mardi 17 janvier 1899, à 8 heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie et de chirurgie abdominale* ; il le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE

M. le Dr GLANTENAY.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons le décès prématuré de notre ami, le Dr Louis-François-Claude GLANTENAY, ancien prosecteur de la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, mort d'une angine infectieuse à l'âge de 30 ans. Cette perte cruelle impressionnera vivement le corps médical parisien où Glantenay ne comptait que des amis. La chirurgie française perd avec lui un de ses représentants les plus distingués et dont les brillantes qualités étaient un sûr garant d'un glorieux avenir. Nous reviendrons, du reste, sur Glantenay dans notre prochain numéro. J. N.

FORMULES

XXV. — Solutions concentrées d'acide borique.

Acide borique	100 grammes.
Carbonate de magnésie . .	14 —
Eau.	1.000 —

ou :

Acide borique	200 grammes.
Carbonate de magnésie . .	35 —
Eau	1.000 —

(Puaux, cité par Crinon.)

XXVI. — Listérine (Antiseptique très employé en Amérique).

Acide benzoïque	8 grammes.
Thymol	2 —
Eucalyptol	X gouttes.
Essence de wintergreen. . .	VI —
— de menthe	II —
— de thym	II —
Alcool	180 grammes.

Une fois ces substances dissoutes dans l'alcool, on ajoute :

Borate de soude	8 grammes.
Acide borique	16 —
Eau	Q. S. pour faire en tout 1 litre.

(Crinon.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 fév au samedi 11 fév. 1899. les naissances ont été au nombre de 1.106, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 403, illégitimes, 172. Total, 575. — *Sexe féminin* : légitimes, 382, illégitimes, 149. Total, 531.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 5 fév. au samedi 11 fév. 1899, les décès ont été au nombre de 1.087, savoir : 528 hommes et 559 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 4. T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. —Variole : M. 0, F. 1 T. 1. — Rougeole : M. 13, F. 13, T.26.—Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 5, F. 7, T. 12. — Diphtérie. Croup : M. 5. F. 7, T. 12. — Grippe : M. 4, F. 6, T. 10. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 84, T. 204. — Méningite tuberculeuse : M. 13. F. 15, T. 28. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 5, T. 13. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 37, T. 55. — Méningite simple : M. 8, F. 11, T. 19. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 36, F. 33, T. 69. — Paralysie, M. 12, F. 5, T. 17. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 4, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 39, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 10, F 17, T. 27. — Bronchite chronique : M 13, F. 17, T. 30. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 31, T. 54. — Pneumonie : M. 20, F. 35, T 55.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 26, T. 56. — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 3, T. 15. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 12, F. 15, T. 27. — Sénilité : M. 9, F. 15, T. 24. — Suicides : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres causes de mort : M. 67, F. 66, T. 133. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 19. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 5. Total : 24.

BANQUET AU Dr GOMBAULT. — Nous rappelons à nos lecteurs que les maîtres, les amis et les élèves de M. le Dr A. GOMBAULT ont décidé qu'un banquet lui serait offert sous la présidence de M. le Pr Brouardel à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu le mercredi 22 février à 7 h. 1/2, au restaurant Marguery. Les adhésions doivent être adressées à MM. Esmonet, interne à l'hospice d'Ivry; Castaigne, interne à l'hôpital Cochin, et Cl. Philippe, chef de laboratoire à la Salpêtrière.

Décanat de la Faculté de Paris. — M. Brouardel, professeur de médecine légale, est nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris pour une nouvelle période de trois ans, à dater du 26 février 1899.

Faculté de Médecine de Paris. — *Exercices pratiques de Médecine opératoire* : 1° A l'École pratique, sous la direction de M. le Pr Terrier, et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire ; 2° à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, 17), sous la direction de M. Quénu, agrégé, directeur des travaux scientifiques dudit Amphithéâtre. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront : 1° A l'École pratique de la Faculté, le mardi 14 mars 1899; 2° à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le mardi 14 mars 1899. Ils auront lieu tous les jours à 1 heure. Ces exercices sont obligatoires : 1° pour les élèves docteurs de 3e année (nouveau régime) en vue de la 12e inscription; 2° pour les élèves docteurs (ancien régime) et les élèves officiers de santé de 4e année, en vue de la 16e inscription. Les étudiants pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins, s'ils appartiennent au nouveau régime, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part. — *Conditions d'admission* : 1° Les élèves docteurs de 3e année (nouveau régime) et de 4e année (ancien régime) sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1899 (10e : nouveau régime et 14e : ancien régime). et de la carte d'immatriculation. 2° Les élèves officiers de santé de 4e année sont inscrits dans les mêmes conditions (14e inscription). 3° Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins s'ils appartiennent au nouveau régime les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. 4° Les élèves obligés devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures, du 13 au 28 février. Après cette dernière date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants. 5° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Clinique d'accouchement Baudelocque. — M. le Dr Baudron, accoucheur des hôpitaux, commencera le jeudi, 16 février 1899, à 2 h. 1/2, un cours clinique et pratique de gynécologie. Ce cours sera complet en 18 leçons, et aura lieu à la clinique Baudelocque, les jeudis et samedis, à 2 h. 1/2, et le mardi, à 10 heures du matin. — Le prix du cours est de 50 francs. — Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits. Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi. jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

Congrès français de Médecine. — La cinquième session s'ouvrira à Lille, le vendredi 28 juillet 1899, sous la présidence de M. le Pr Grasset (de Montpellier). Les trois questions suivantes sont à l'ordre du jour du Congrès : 1° *Des myocardites*; 2° *des adénies et leucémies*; 3° *l'accoutumance aux médicaments*. Sont chargés des rapports : Sur la première question, MM. Huchard (de Paris) et Renaut (de Lyon). — Sur la deuxième question, MM. Denis (de Louvain) et Sabrazès (de Bordeaux). — Sur la troisième question, MM. Simon (de Nancy) et Heymans (de Gand). Ces rapports seront imprimés et distribués, un mois environ avant l'ouverture du Congrès, à tous les membres adhérents Tous les membres du Congrès sont, en outre, libres de faire des communications sur un point quelconque des sciences médicales. Toute demande de renseignements peut être dès à présent adressée au Secrétaire général du Congrès, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Société française d'Otologie et de Laryngologie. — Cette Société se réunira le lundi 1er mai 1899, à 8 heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris. Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au Secrétaire général. La Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1° *De l'anosmie*, rapporteur : M. Collet; 2° *les épreuves de l'ouïe*, rapporteur : M. Bonnier.

Un Jeuneur forcé. — Un ouvrier nommé Fécamp a été pris dans un éboulement survenu dans une marnière. Il a été délivré au bout de quatre jours et sept heures, temps durant lequel il n'a pris aucun aliment. « Il était presque épuisé, dit le *Rappel de l'Eure* (8 février) mais cependant encore résistant. »

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques et contagieuses : *Médaille de vermeil* : M. le Dr Alirol, adjoint au maire du Puy (choléra de 1892 et fièvre typhoïde de 1897),

Médailles d'argent : M. Labeyrie, interne des hôpitaux de Nantes, détaché à la colonie de Belle-Isle. Mlle Masson, surveillante des élèves sages-femmes à la Maternité de Paris. M. le Dr Bouquet, médecin à Roissy-en-Brie. M. le Dr Hamel, médecin sanitaire maritime.

Médailles de bronze : Mlle Leluyer, première infirmière à l'hôpital Trousseau Mlle Lepreux, sous-surveillante à l'hôpital Saint-Antoine. Mlle Truffe, surveillante à l'hôpital des Enfants-Malades. Mme Simon, suppléante à l'hôpital du Bastion 29. Mme Devillers, suppléante à l'hôpital Trousseau. M. Chauveau, externe en médecine à l'hôpital Trousseau. Mme Juge, directrice de l'hôpital de Malaucène (épidémie de fièvre typhoïde en 1898). MM. Farinas et Lameth, infirmiers.

Une Centenaire. — Nous avons le regret d'annoncer la mort, à Evreux, de Mme veuve Séglas, née Vallée, à l'âge de 102 ans. Mme veuve Séglas était l'aïeule de notre ami et collaborateur, le Dr J. Séglas, médecin de Bicêtre, auquel nous adressons nos sincères compliments de condoléances.

Nécrologie. — M. le Dr Roux, de Bordeaux. — M. le Dr Delcambre, de Landrecies (Nord).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr Maygrier, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2. à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Jules Voisin a commencé ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 9 février à 10 heures du matin et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Hôpital Beaujon. — Le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, continuera dans cet hôpital les lundis, jeudis, samedis, ses consultations sur les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), qu'il faisait à l'hôpital Saint-Louis.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 8. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 FÉVRIER 1899

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE MÉDICALE : Pr Bernheim (de Nancy). Note sur deux cas de phlébite au cours du rhumatisme articulaire aigu, par Garnier. — BULLETIN : Valeur nutritive des végétaux au point de vue de l'hygiène, d'après Hillebrandt, par P. Cornet; — La peine de mort; autopsie des criminels exécutés, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des Sciences*, par Phisalix; — *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par A.-F. Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir; — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay; — *Société d'obstétrique de Paris*; — *Société d'Electrothérapie*; — *Société médicale des Praticiens*, par Bilhaut. — REVUE DE CHIRURGIE : Traitement des suppurations pelviennes, par Ground; — Suites éloignées de la vasectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, par Nicolich; — Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la résection des canaux déférents, par Reynès; — De l'opération de Bottini, par Nicolich; — De la circoncision par le procédé de Rebreyend, par Loumeau; — Varicocèle symptomatique des tumeurs rénales, par Héresco (an. de Longuet et de P. Rellay). – BIBLIOGRAPHIE : Affections chirurgicales du tronc, par Polaillon (ouvr. anal. par Longuet). — VARIA : Trépanation dans l'épilepsie; — Les étudiantes en Amérique; — Les végétariens aux Etats-Unis. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — NÉCROLOGIE : Le Dr Louis Glantenay. — FORMULES : Accidents de la dentition; — Hygiène de la bouche chez les enfants; — Traitement du panaris osseux; — Pastilles contre la fétidité de l'haleine; — Poudre contre les condylomes; — Contre les gastralgies; — Impétigo vulgaire et eczéma des petits enfants. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE NANCY.
M. le Pr **BERNHEIM**.

Note sur deux cas de phlébite au cours du rhumatisme articulaire aigu ;

Par **Charles GARNIER**, interne des hôpitaux.

La phlébite survenant comme complication du rhumatisme articulaire aigu est, étant donné le nombre considérable de malades atteints de rhumatisme articulaire, une rareté clinique, puisque jusqu'en 1896, lors du Congrès de Médecine de Nancy, MM. Widal et Sicard (1) relatant une observation de phlébite rhumatismale suivie d'autopsie, pouvaient dire qu'il n'existait à ce moment dans la science, que seize observations authentiques concernant cette affection.

Aujourd hui que les localisations multiples du rhumatisme articulaire aigu, localisations dues soit à l'agent infectieux lui-même, soit aux toxines qu'il élabore, sont remises à l'ordre du jour à la suite de travaux récents relatifs à la bactériologie de cette entité morbide (Achalme, Thiroloix, Triboulet, etc.), nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapporter deux observations de phlébite survenue chez des rhumatisants ayant été traités à la clinique de notre maître, M. le Pr Bernheim, à l'hôpital civil de Nancy.

OBSERVATION I. — *Rhumatisme articulaire aigu, quatrième attaque; artériosclérose, endocardite légère; phlébite du membre inférieur gauche (saphène externe, crurale) survenue au soixante-troisième jour de la maladie; phlébite du membre supérieur gauche (médiane basilique et basilique) apparaissant quinze jours après la première poussée phlébitique. Guérison.*

La première de nos observations concerne un homme de 48 ans, A... Etienne, exerçant la profession de maçon, qui entre à l'hôpital le 26 février 1898, salle XI, lit n° 4.

Son père est mort d'une affection du cœur à 48 ans.

Lui-même, dans sa jeunesse, aurait eu la rougeole et la scarlatine. Il travaillait depuis quelques années déjà, occupé surtout à la construction de puits et d'égouts, lorsqu'il fut incorporé en 1870, pour faire la campagne. C'est de cette époque que date sa première attaque de rhumatisme qui le tint alité durant trois mois. Les articulations des membres supérieurs et inférieurs étaient gonflées et douloureuses; il n'a eu ni oppression, ni battements de cœur à ce moment. En 1872, il doit rester deux mois au lit pour une fièvre typhoïde, dont il se remet bien. En 1875, séjour de quinze jours à l'hôpital, pour une attaque de rhumatisme, sans complication.

En 1877, troisième attaque rhumatismale qui le tient alité pendant quinze jours. Lors de ces atteintes de rhumatisme, il n'a jamais présenté d'œdème et ne s'est trouvé gêné par la suite, ni du côté du cœur, ni du côté de la poitrine. Il est marié, sa femme et ses enfants se portent bien. Il ne fait pas d'excès de boisson et n'accuse pas de syphilis, pas de blennorrhagie.

Maladie actuelle. — Le malade n'est arrêté que depuis le 1er janvier, mais depuis un an déjà, il traînait, dit-il, et ressentait des douleurs erratiques dans les diverses articulations, surtout le matin. Il n'avait pas de fièvre et continuait à travailler, quoique son métier l'obligeât à rester longtemps exposé à l'humidité.

Le 1er janvier, il est forcé de s'aliter. Les articulations des doigts et du métacarpe, le poignet, le coude, l'épaule sont gonflés et douloureux des deux côtés; c'est ensuite le tour des genoux et des articulations tibio-tarsiennes. Lorsqu'il tourne la tête, il ressent aussi une forte douleur à la nuque. En même temps, la fièvre s'allume et il transpire abondamment. Il raconte qu'il a même eu un peu de délire durant plusieurs nuits. Les urines étaient foncées et déposaient beaucoup. La digestion était restée bonne, malgré la perte d'appétit ; le malade ne prenait que du bouillon et du laitage. Il a eu de la constipation dès le début et n'allait à la selle qu'à l'aide de purges ou de lavements.

A ce moment, il fut soigné à domicile par un médecin qui prescrivit du salicylate de soude. Les douleurs articulaires commençaient à diminuer, lorsque le 26 février, il ressent au mollet gauche une certaine douleur qui va en augmentant, jusqu'à devenir très vive, tandis que, par contre, les articulations devenaient moins sensibles. La jambe gauche se met alors à enfler, d'abord au cou-de-pied, puis jusqu'au genou. La cuisse n'a commencé à gonfler que le 26. Il n'y avait aucune plaie au membre inférieur.

Les douleurs sont souvent localisées à la partie postérieure du mollet, spontanées et exagérées par la pression du membre sur le lit; le jarret et la cuisse ne sont pas douloureux. Un peu après l'apparition de la douleur et de l'œdème, les veines se sont dessinées sous la peau dans tout le membre inférieur gauche. C'est à ce moment que le malade entre à l'hôpital. On se trouve en face d'un homme de tempérament mixte, de constitution moyenne, un peu débilitée. La face est pâle, les mu-

queuses peu colorées. La température (1), le soir de son entrée, est de 38° C. et le lendemain matin, 27 février, de 37°.6. Le pouls est à 76 80, assez ample, régulier, égal. La radiale est dure, athéromateuse, les temporales sont sinueuses. En découvrant le malade, on constate que le membre inférieur gauche est augmenté de volume, uniformément Le doigt enfoncé au niveau de la peau, avec une certaine pression, laisse l'empreinte caractéristique; c'est un œdème dur, blanc. Cet œdème remonte jusqu'à la racine de la cuisse. Il s'accompagne de circulation collatérale très accusée; les veines superficielles être à la base. Au cou on perçoit un souffle veineux continu avec renforcement systolique; à la carotide aussi, le ton artériel est soufflé. L'artère fémorale est bondissante, avec choc diastolique intense soufflé. La poitrine est bien conformée et le malade ne tousse que rarement, sans expectorer. A la percussion et à l'auscultation on ne note qu'un peu d'expiration soufflée au sommet gauche et quelques sibilances à droite, sans modifications de la sonorité. La langue est grise. L'appétit persiste quoique diminué. Digestion bonne; aucun trouble du côté de l'estomac. Depuis quelque temps, le malade est

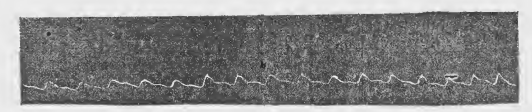


Fig. 9.

sont gonflées et distendues. Il est à remarquer que la circulation superficielle est également très apparente de l'autre côté, sans pourtant qu'il existe d'état variqueux net des veines superficielles. Le genou gauche est augmenté de volume, mais ne renferme pas de liquide. Tout le mollet est douloureux à la pression, surtout à sa partie postérieure; douleur sur le trajet de la veine poplitée et de la fémorale au niveau de l'anneau des adducteurs et au pli de l'aine. On ne sent pas nettement de cordon dur. Il persiste encore un peu de craquement, sans douleur, au poignet droit. Les articulations des doigts de la constipé; actuellement, n'a pas eu de selles depuis quatre jours. Les urines sont rouges, foncées, peu abondantes et très chargées en urates; elles ne renferment pas d'albumine. Sueurs abondantes.

On diagnostique phlébite de la veine crurale et poplitée, et probablement de la saphène externe, d'origine rhumatismale. On fait l'immobilisation ouatée de tout le membre inférieur gauche. En même temps on prescrit 0 gr. 03 de podophylle dans le but de provoquer une selle.

1er *mars.* — Depuis hier, les douleurs ont reparu dans les

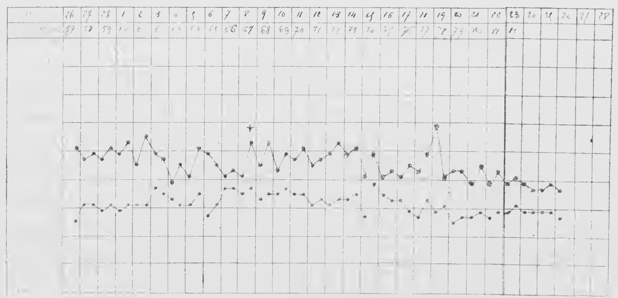


Fig. 10. — + Apparition de la phlébite du membre supérieur gauche.

main droite sont tuméfiées, mais pas douloureuses et présentent des craquements lorsqu'on les mobilise. Toutes les autres articulations sont libres. A l'appareil circulatoire, nous avons déjà constaté un certain degré d'athérome des artères; le pouls est un peu inégal. Ces caractères sont plus nets sur le sphygmogramme ci-dessous, obtenu à l'aide de l'appareil de Dudgeon, avec une pression correspondant à 120 grammes. On remarque aussi un léger dicrotisme, fréquent dans le rhumatisme aigu.

La pointe du cœur bat au sixième espace sur la ligne mamillaire; il existe un peu de voussure précordiale. Choc du cœur net, matité cardiaque normale. Pas de battements épigastriques, ni de dilatation des veines du cou. On entend un souffle intense systolique et présystolique dont le maximum paraît articulations du médius gauche, avec gonflement. Légère douleur à l'articulation du coude gauche. On ordonne une nouvelle pilule de podophylle, la première étant restée sans effet.

2 *mars.* — Le gonflement et la douleur persistent à la première et deuxième phalange du médius gauche. Même état du membre inférieur. Toujours pas de selle : lavement purgatif.

3 *mars.* — A été a la selle à la suite du lavement. Douleur aux articulations de l'index, du médius et de l'annulaire gauches. L'œdème du membre inférieur gauche commence à diminuer, mais on provoque toujours de la douleur sur le trajet de la veine crurale, au pli de l'aine, au jarret et dans le mollet.

7 *mars.* — La jambe et la cuisse sont désenflées; les veines superficielles sont moins distendues. La douleur a disparu presque complètement au niveau de la veine crurale et de la poplitée.

8 *mars.* — Depuis cette nuit, douleurs aux premières et deuxième phalanges du médius et de l'index droits. Le membre

(1) Pour la température, consulter le tracé qui est annexé au présent travail.

inférieur gauche a beaucoup diminué. On prescrit deux cachets d'antifébrine à 0 gr. 50.

9 *mars.* — Il y a toujours de la douleur aux articulations des premières et deuxièmes phalages de l'index et du médius droits. Du même côté on constate de la douleur et du gonflement dans les articulations métacarpo-phalangiennes des trois doigts du milieu. Le coude droit est douloureux, le coude gauche aussi; ce dernier est surtout sensible vers la partie interne de la région périarticulaire.

11 *mars.* — Le bras droit n'est plus douloureux. L'œdème du membre inférieur a disparu; il n'est plus appréciable qu'aux malléoles.

12 *mars.* — Le malade se plaint toujours de la douleur au coude gauche. On constate à la face antérieure et vers la partie interne de cette région articulaire, empiétant surtout sur l'avant-bras, une rougeur s'accompagnant de gonflement douloureux. On peut sentir une petite zône d'induration un peu allongée suivant l'axe du bras et occupant sensiblement la situation des veines médiane basilique et basilique dans sa partie inférieure. L'articulation elle-même n'est pas douloureuse, et sauf un peu de gêne, le malade exécute bien tous les mouvements. Un peu d'œdème localisé à l'avant-bras, principalement à sa partie supérieure.

14 *mars.* — On sent toujours la même induration vers l'expansion tendineuse du biceps à gauche, et, cette fois, plus nettement sur le trajet de la veine qui est douloureuse à la pression. La rougeur est moindre, mais l'œdème persiste à l'avant-bras. La traînée rouge correspondant à l'induration commence à la hauteur de l'extrémité inférieure du ventre du biceps vers sa partie interne, pour se terminer environ au niveau de la limite inférieure du quart supérieur du radius, sur une longueur de 11 centimètres. Au membre inférieur gauche, il n'y a plus de douleur; encore un peu d'œdème périmalléolaire.

15 *mars.* — La rougeur a diminué au pli du coude. L'induration et la douleur sur le trajet de la veine sont très nettes. Douleur dans les articulations de la première et de la deuxième phalange du médius et de l'annulaire gauches. Le souffle persiste avec ses mêmes caractères au cœur. Pas d'oppression ni de battements de cœur.

16 *mars.* — Même état du coude, le cordon veineux est toujours induré et douloureux. L'œdème a totalement disparu au membre inférieur, et les veines sont moins dilatées. La saphène interne seule, au niveau de la cuisse est encore très gonflée, mais sans induration, ni douleur. La saphène externe est indurée et un peu empâtée jusqu'au creux poplité, mais n'est pas sensible à la pression.

17 *mars.* — La rougeur sur le bras et l'avant-bras gauches a presque totalement disparu. Le cordon veineux est toujours douloureux.

22 *mars.* — Toutes les douleurs ont disparu, la fièvre est tombée.

24 *mars.* — L'induration veineuse au bras se limite sur une longueur de 8 centimètres. Depuis hier soir, accuse de la douleur à l'articulation radio-carpienne gauche qui est un peu tuméfiée et sensible.

30 *mars.* — Encore de la douleur et du gonflement aux articulations des première et deuxième phalanges du médius gauche. Pas de fièvre. Dit avoir eu quelques palpitations de cœur. On entend toujours le souffle de la base systolique et présystolique un peu rude. A la pointe, souffle léger systolique.

1er *avril.* — Encore un peu de raideur dans les articulations de la main gauche. Quelques douleurs aux deux épaules.

12 *avril.* — N'a plus de douleurs. Un peu de gêne dans les mouvements de l'avant-bras, et la flexion des doigts du côté gauche. L'induration de la veine basilique s'étend sur une longueur de 8 centimètres. A la jambe on sent nettement l'induration de la saphène externe, sous forme d'un cordon dur, variqueux, indolore, prenant sur le bord externe du tendon d'Achille, à la hauteur de la malléole et remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous du creux poplité, où il devient plus profond.

20 *avril.* — L'induration diminue à la basilique; elle ne se perçoit plus que sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

2 *mai.* — On ne sent presque plus la veine basilique. Même état de la saphène externe. La circulation collatérale, actuellement, n'est pas plus marquée à gauche qu'à droite. La saphène interne est revenue à son volume normal. Il n'y a plus aucun œdème.

24 *mai.* — Le malade se trouve mieux et commence à se lever; il demande à sortir. On sent toujours la même induration noueuse de la saphène externe, commençant à 4 centimètres du bord postéro-supérieur du calcanéum et remontant jusqu'au creux poplité en s'enfonçant dans la profondeur. Pas de douleur. La veine basilique se sent encore un peu, mais n'est plus indurée ni douloureuse. Au cœur, souffle systolique doux à la pointe avec roulement présystolique. A la base, souffle au premier temps, avec un peu d'éclat diastolique. Pouls légèrement bondissant.

28 *mai.* — Le malade sort conservant une certaine faiblesse et de la gêne au membre inférieur gauche et un peu de raideur au coude du même côté.

L'observation ci-dessus, que nous avons tenu à rapporter en détail, présente plusieurs particularités intéressantes. Nous avons pu constater, en effet, sur le même malade, deux poussées phlébitiques à caractères différents.

La première, atteignant surtout des veines profondes, crurale et poplitée, avait provoqué un œdème généralisé à tout le membre, avec circulation collatérale très marquée, en un mot, une véritable phlegmatia alba dolens. La seconde poussée inflammatoire, qui a évolué entièrement sous nos yeux, s'est localisée à une veine superficielle; elle s'est accompagnée, sous forme d'une traînée rouge, de manifestations cutanées, déjà signalées par les auteurs (Schmitt (2), Gatay (3), etc.), comme faisant ordinairement partie du cortège symptomatique de la phlébite rhumatismale.

Au moment de l'apparition des premiers signes de l'inflammation de la basilique gauche, dès que la douleur s'est fait sentir sur le trajet de la veine, nous avons pu noter une ascension thermique. Si l'on veut bien se reporter au tracé de la température, en suivant l'observation, on verra que la courbe qui, le 7 mars et le 8 au matin, oscillait entre 37° et 37°,2, se relève brusquement le 8 au soir jusqu'à 38°,2. A cette date, les douleurs articulaires étaient à peu près calmées, sauf au médius et à l'index droits. Le 9, des douleurs apparaissent dans quelques articulations métacarpo-phalangiennes et au coude droits. Mais nous notons aussi une zône douloureuse à la partie antéro-interne de la région du coude gauche. Il s'agit là vraisemblablement, de la première manifestation de l'inflammation de la veine, puisque trois jours après, on s'aperçoit au même endroit, de la présence d'une phlébite superficielle localisée caractéristique. La poussée fébrile relève bien du fait de l'invasion du vaisseau par le processus infectieux et ne doit pas être mise sur le compte des légères manifestations douloureuses aux petites articulations que nous avons signalées en même temps, puisque dans la suite, lors de petites poussées articulaires analogues, comme celles survenues le 24 ou le 30 par exemple, nous n'avons pas constaté de fièvre notable. Cette fièvre accompagnant la phlébite, persiste pendant tout le temps que durent les douleurs sur le trajet de la veine et ne tombe définitivement que le 19, après une courte exacerbation dont nous n'avons pu saisir la cause.

Pour ce qui a trait au rétablissement de la perméabilité des vaisseaux touchés, nous voyons que seule la saphène externe est restée oblitérée. La basilique et la médiane basilique qui avaient été nettement thrombosées, puisqu'on avait facilement perçu un boudin induré à leur niveau, redeviennent perméables après un certain temps, 80 jours environ, après l'éclosion des premiers

symptômes douloureux. Quant à la poplitée et à la fémorale, bien qu'on n'ait pas senti d'induration sur leur trajet, elles semblent avoir subi un degré de rétrécissement de leur lumière assez accusé, pendant la poussée inflammatoire dont elles furent le siège ; l'œdème considérable du membre inférieur et l'énorme dilatation des veines périphériques témoignaient en effet, en faveur de l'insuffisance absolue des voies profondes de retour du sang. Ce qui nous fait penser à une simple diminution du calibre de ce vaisseau, et non à une oblitération complète, c'est la rapidité relative avec laquelle l'œdème disparaît. Les premières manifestations du côté de la veine fémorale et poplitée datent du 22 février et déjà le 16 mars, l'œdème avait complètement disparu. Le processus phlegmasique s'est arrêté là à la période préoblitérante de Vaquez (4 et 5).

La saphène externe, par contre, possédant une lumière plus étroite, a dû être, au bout de quelques jours, complètement oblitérée au voisinage de son abouchement dans la poplitée, et le sang, stagnant en arrière de l'obstacle, a fini par se prendre en caillot. Mais ce phénomène survenant en dehors de toute cause inflammatoire directe, tel est du moins ce que nous pensons, a mis assez longtemps à se produire ; c'est ce qui expliquerait pourquoi l'on n'a perçu l'induration de la saphène externe qu'à une époque tardive.

Le malade a quitté l'hôpital avec sa saphène externe gauche transformée en cordon plein ; il y a des chances pour que ce vaisseau ne recouvre pas sa lumière, puisque deux mois et demi après le début de la thrombose il n'y avait pas le moindre signe de résorption du caillot. Ce caillot s'étant formé plus lentement était donc plus apte à s'organiser pour devenir définitif. La phlébite du membre inférieur était, on le voit, surtout profonde et a dû débuter par les veines profondes du mollet ce qui explique la douleur vive ressentie le premier jour à ce niveau. Il existait chez notre homme, une certaine tendance à la stase veineuse dans les membres inférieurs; sa circulation superficielle était, en dehors de tout état de maladie, très marquée sur les deux jambes, ce qui présageait en faveur de l'existence de varices profondes. De par sa profession de maçon qui le forçait à se tenir journellement debout, il était prédisposé aux varices et nous avons trouvé, à l'examen des artères et à l'auscultation du cœur, un état notable d'artério-sclérose; rien d'étonnant alors qu'il fît également de la phlébo-sclérose. Il y avait donc chez lui, un *locus minoris resistentiæ* créé par un peu d'altération de ses tuniques veineuses aux membres inférieurs, combinée à un certain degré de stase sanguine. A l'occasion d'une infection, il était en droit de faire de la phlébite : il fit de la phlébite rhumatismale. La nature rhumatismale de ces poussées phlébitiques est bien évidente, si on analyse les symptômes concomitants relatés dans l'observation. Il ne s'agit ni de rhumatisme blennorrhagique compliqué de phlébite, comme le fait a été signalé par divers auteurs (Martel (9), d'Espagnac (10), ni d'aucun rhumatisme infectieux, pas plus que de rhumatisme toxique. C'était bien le rhumatisme articulaire aigu franc classique, auquel on avait affaire et non des poussées aiguës de rhumatisme chronique (Lancereaux, Davaine (11) qui peuvent aussi s'accompagner de phlébite (Marcel Léné (13) Cette attaque rhumatismale se manifestait, outre les localisations articulaires et veineuses, par un léger degré d'endocardite et un peu de congestion du sommet des poumons.

Observation II. — *Rhumatisme articulaire subaigu; plusieurs attaques. Phlébite de la saphène interne droite survenue au cours de la dernière atteinte. Endocardite mitrale. Guérison.*

Cette seconde observation, qui n'a trait qu'à un cas de phlébite rhumatismale légère, concerne un jeune homme de 19 ans, F.... Charles, exerçant la profession de ferblantier. Ce malade entre à l'hôpital le 19 avril 1898, salle IX, lit n° 13.

Dans ses antécédents, on ne note qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans, pour laquelle il reste alité de cinq à six mois. A l'âge de 12 ans, il commence à travailler, descendant souvent dans les puits où il est obligé de se tenir longtemps à genoux. A 14 ans, il ressent une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, et depuis, chaque année, il fait une nouvelle poussée rhumatismale qui le tient une quinzaine de jours et à la suite de laquelle il reste affaibli pendant huit à dix jours. Par ordre de fréquence, les articulations qui sont prises sont : les genoux, les articulations tibio-tarsiennes, les poignets et les coudes. Ne s'est jamais plaint d'oppression, bien qu'il ait de temps en temps des battements de cœur. Pas d'alcoolisme, de syphilis, ni de blennorrhagie.

Maladie actuelle — La maladie pour laquelle il entre à l'hôpital, a commencé le 12 avril. La jambe droite a été prise la première. Le genou de ce côté est devenu douloureux et s'est tuméfié, puis ce fut le tour du cou-de-pied droit. Ensuite est survenu un gonflement avec douleur vers la partie interne de la cuisse droite. La jambe a aussi un peu enflé et la douleur est descendue surtout à la partie interne. Le malade dit qu'il a senti à la cuisse, au niveau de la région douloureuse, une grosseur comme un petit boudin, longue comme cinq travers de doigt environ. Au début, il a eu de la fièvre avec sueurs abondantes. Il se décide à entrer à l'hôpital au septième jour de la maladie.

C'est un garçon de constitution primitive bonne, de tempérament mixte. Il dit qu'il a maigri depuis une dizaine de jours. Actuellement les douleurs rhumatismales ont presque disparu. Il existe encore un peu de sensibilité au cou-de pied droit. On perçoit quelques craquements dans l'articulation du genou droit et dans celle du cou-de-pied gauche. La région inguinale droite est empâtée et douloureuse, les ganglions semblent un peu tuméfiés à cette région bien qu'on ne constate aucun écoulement urétral, ni aucune écorchure du membre inférieur ou de la verge. On sent une tuméfaction nette sur le trajet de la saphène interne qui, à la cuisse, se présente comme un cordon dur, douloureux. A la partie interne du mollet on ne perçoit pas d'induration et on ne provoque que peu de douleur à la pression. Œdème léger à la cuisse, descendant jusqu'au genou, lequel ne renferme pas de liquide. La température le soir de son entrée à l'hôpital est de 37°,5 C. et le lendemain matin 20 avril, de 36°,5. L'apyrexie se maintient durant tout le temps que le malade séjourne à l'hôpital. Le pouls qui varie entre 86 et 80 est ample sans être bondissant, régulier, égal. Le choc du cœur est fort, se percevant sur une vaste étendue. La pointe bat au cinquième espace intercostal un peu en dehors de la ligne mamillaire. Il n'y a pas de voussure, ni d'augmentation de la matité précordiale. A l'auscultation, on entend à la pointe un souffle mitral doux systolique et présystolique. La poitrine est bien conformée et, à l'examen des poumons, on ne constate qu'un peu d'expiration renforcée au sommet droit avec sibilances respiratoires. A gauche, au sommet, quelques sibilances. Respiration nette aux bases. Le malade ne tousse ni ne crache d'habitude. Il mange et digère bien, bon appétit. Pas de troubles gastriques. Constipation depuis trois jours; mais d'habitude va bien à la selle. Urines assez abondantes, rougeâtres, avec dépôt assez abondant, pas d'albumine.

21 avril. — Les douleurs ont complètement disparu dans les articulations. Il y a encore un peu de sensibilité le long de la saphène interne à la cuisse. La tuméfaction autour de la veine a diminué, l'œdème a disparu. On sent le cordon veineux nettement induré sur une longueur de 8 à 10 centimètres.

23 avril. — Le malade demande à sortir. Il n'y a plus d'œdème, plus de douleur, mais la saphène interne est indurée jusqu'au pli de l'aine sur une longueur de 10 centimètres environ

Dans ce cas encore, la phlébite superficielle survenue quelques jours après le début de la maladie, doit être mise sur le compte du rhumatisme ; nous n'avons trouvé en effet, aucune autre cause capable d'expliquer cette inflammation de la saphène interne. Cette complication veineuse fut ici, d'une bénignité relative, puisqu'elle est restée localisée à un segment peu étendu du vaisseau, et quoique nous ayons perdu de vue le malade, il est permis de supposer que tout a fini par rentrer dans l'ordre et que sa lumière est redevenue perméable. N'ayant pas assisté au commencement de la dernière poussée rhumatismale, nous n'avons pu suivre les péripéties de la localisation veineuse du processus infectieux, aussi n'insistons-nous pas plus longuement sur cette observation. Nous l'avons ajoutée à la précédente, uniquement pour montrer que la phlébite compliquant le rhumatisme articulaire aigu franc, n'est peut-être pas aussi rare que l'admettent généralement les classiques.

Cette opinion, du reste, avait déjà été émise en 1840 par Bouillaud (14) qui, le premier, attira l'attention sur la phlébite coïncidant avec l'inflammation articulaire rhumatismale. Passée sous silence par les auteurs tels que Grisolle (15) et Jaccoud (16) dans leurs traités didactiques, la phlébite rhumatismale fut surtout bien étudiée par Marcel Lelong (17). Ce dernier, pour sa thèse inaugurale, s'inspira d'une leçon faite sur ce sujet par Empis (18) et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1868. Il mit également à contribution les cliniques de Trousseau et Peter (19) qui contenaient quelques faits de même nature. Malgré le scepticisme des anatomo-pathologistes tels que Rokitansky (20) et Lancereaux (1) (21, 22), relativement à l'existence des altérations inflammatoires des veines dans le rhumatisme, cette localisation morbide semble définitivement établie, et si Homolle (24) ne l'admet que difficilement, Besnier (25) et Terrier (26) en affirment du moins la possibilité, tout en reconnaissant son extrême rareté. Tel est aussi l'avis de Raymond (27) et de Viccaji (28). Ce dernier auteur, étudiant la phlébite dans le rhumatisme et la goutte, apporte quelques nouvelles observations de phlébite rhumatismale, auquelles s'ajoutent, dans la suite, celles de Blachez (29), Hayem (*in* Thèse Troisier) (30) et Lannois (31).

Schmitt (2) qui donna en 1884, la première étude d'ensemble relativement récente sur la phlébite rhumatismale, soumet à un contrôle sévère tous les cas jusqu'alors décrits de cette affection ; il arrive ainsi à ne retenir que dix-sept observations authentiques de phlébite rhumatismale et, sur ce nombre, Letulle (32) l'année suivante, en retranche encore trois, ce qui, y compris l'observation que relate ce dernier, réduisait à quinze les cas connus à cette époque. Gatay (3), en 1895, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un rhumatisant mort avec une phlébite, décrit le premier les lésions des veines touchées par le processus phlegmasique. C'est d'ailleurs le seul cas, avec celui de Widal et Sicard (1), où l'examen histologique et bactériologique du vaisseau thrombosé fut pratiqué. Pour compléter cette série de cas de rhumatisme se compliquant de phlébite, nous citerons encore les faits de Giavarini (33), de Boinet (47), de De Saint-Germain (34), de Vaquez (6), de Remlinger (35), de Weill (36) et les deux observations d'Achard (37) rapportées au Congrès de Nancy en même temps que celle de Widal et Sicard (1). Enfin, tout récemment, Lancereaux et ses élèves qui se sont attachés à différencier du rhumatisme articulaire aigu les poussées aiguës du rhumatisme chronique (Davaine) (11), ont signalé la production possible d'une phlébite au cours de celles-ci et Léné (13) en relate deux cas que l'on ne peut, à son propre avis, que difficilement distinguer des œdèmes rhumatismaux bien individualisés par les travaux de Kirmisson (38), Chauffard (39), Comby (40), Davaine (12), etc. Aussi, continuerons-nous à ranger sous la rubrique de phlébite rhumatismale, les cas de Blachez et Vimont (*in* thèse Viccaji) (28), de Viccaji (28), Trousseau et Peter (19), Schmitt (2) (observation XVII) que cet auteur rattache à la diathèse arthritique et attribue au rhumatisme chronique. Cette dissociation de l'ancien rhumatisme articulaire, déjà menée jusqu'à une limite assez reculée grâce à l'intervention des théories microbiennes, ne pourrait, nous semble-t-il, être poussée plus à fond, sous peine de tâtonnements infructueux, qu'avec le contrôle sérieux des données récentes de la bactériologie. Nous pouvons toutefois, jusqu'à nouvel ordre, et malgré l'absence de ce criterium bactériologique, considérer comme phlébites de nature rhumatismale franche, les cas suivants que, vu le peu d'importance de ce travail, nous ne ferons que mentionner.

Obs. III. — 1862. Virchow (41). Obs. X. Rhumatisme articulaire aigu. Péritonite. Pleurésie. Péricardite. Mort. Caillots dans la crurale commençant à un repli valvulaire. Embolie de l'artère pulmonaire. Excroissances muqueuses sur l'endocarde. Cicatrices d'ulcère simple.

Obs. IV. — 1864. Trousseau et Peter (19). Rhumatisme articulaire aigu. Phlébites multiples.

Obs. V. — 1868. Empis (18). Rhumatisme articulaire aigu. Phlébite des veines saphène et crurale gauches.

Obs. VI. — 1880. Vimont et Blachez. In thèse Viccaji (28). Obs. XXXII. Phlébite double rhumatismale.

Obs. VII. — 1880. Viccaji (28). Obs. I. Rhumatisme articulaire subaigu. Phlébite de la veine basilique gauche.

Obs. VIII. — 1881. Lannois (31). Rhumatisme subaigu. Phlébite rhumatismale. Epanchement pleurétique à gauche. Endocardite.

Obs. IX. — 1884. Chauffard. In thèse Schmitt (2). Obs. I. Rhumatisme articulaire à forme anormale. Phlébite crurale double.

Obs. X. — 1884. Martinet. In thèse Schmitt. Obs. IV. Rhumatisme articulaire aigu. Phlébite de la veine fémorale gauche.

Obs. XI. — 1884. De Langenhagen. In thèse Schmitt. Obs. V. Rhumatisme articulaire aigu. Phlébite crurale gauche.

Obs. XII. — 1884. Schmitt (2). Obs. VI. Rhumatisme articulaire aigu. Pleuro-pneumonie. Phlébite crurale gauche.

Obs. XIII. — 1884. Debric. In thèse Schmitt. Obs. IX. Rhumatisme articulaire aigu. Pleurésie. Phlébite de la veine saphène interne droite.

Obs. XIV. — 1884. Launois. In thèse Schmitt. Obs. XIII. Rhumatisme articulaire subaigu. Phlébite de la veine poplitée et des veines profondes du mollet gauche.

Obs. XV. — 1884. Martinet. In thèse Schmitt. Obs. XIV. Rhumatisme articulaire subaigu. Phlébite de la veine poplitée droite.

Obs. XVI. — 1884. Le Gendre. In thèse Schmitt. Obs. XVI. Rhumatisme articulaire subaigu. Phlébite des veines fémorale et poplitée droites.

Obs. XVII. — 1884. Letulle (32). Rhumatisme articulaire aigu, trois attaques successives. Endocardite puis pleurésie double, survenant pendant la deuxième poussée articulaire. Phlébite du membre inférieur gauche (veine fémorale et saphène interne), apparaissant cinq jours après la troisième poussée arthropatique. Angine rhumatismale consécutive. Guérison.

(1) Lancereaux (dans son Atlas d'anatomie pathologique, reconnait la possibilite de la phlebite rhumatismale, mais il revient ensuite sur son opinion et déclare qu'on ne peut définitivement l'accepter.

Obs. XVIII — 1891. Boinet (47). Phlegmatia alba dolens consécutive à un rhumatisme articulaire aigu.

Obs. XIX. — 1891. Giavarini (33). Phlegmatia alba dolens au cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Obs. XX. — 1893. De Saint-Germain (34). Rhumatisme articulaire aigu (1re attaque). Endocardite mitrale. Congestion pulmonaire double. Phlébite bilatérale.

Obs. XXI. — 1894. Vaquez (6). Rhumatisme articulaire. Phlébite du membre inférieur gauche (fémorale).

Obs. XXII. — 1895. Macaigne et Laurens. In thèse Gatay (3). Obs. I. Rhumatisme subaigu. Phlébite de l'axillaire droite avec thrombose de l'humérale, de la sous-clavière, de la jugulaire interne et du tronc brachio-céphalique. Mort. Autopsie : pas d'embolie pulmonaire.

Obs. XXIII. — 1895. Sergent. In thèse Gatay. Obs. II. Rhumatisme articulaire. Endocardite. Asystolie. Phlegmatia du membre supérieur gauche. Mort. Autopsie. Infarctus du poumon. Phlébite de la veine humérale.

Obs. XXIV. — 1896. Achard (37). Obs. I. Rhumatisme articulaire subaigu. Phlébite de la crurale gauche.

Obs. XXV. — 1896. Achard (37). Obs. II. Rhumatisme articulaire subaigu. Phlebite de la crurale gauche.

Obs. XXVI. — 1896. Widal et Sicard (1). Rhumatisme articulaire aigu. Péricardite. Endocardite mitrale. Congestion pleuro-pulmonaire. Phlébite de l'axillaire et de l'humérale droites. Mort.

Obs. XXVII. — 1896. Remlinger (35). Rhumatisme articulaire aigu. Phlébite des veines saphène externe, poplitée et crurale du côté gauche, des veines cubitale, radiale, médiane céphalique, médiane basilique et basilique droites, et des veines saphène, poplitée et fémorale droites.

Obs. XXVIII. — 1896. Weill (36). (Nous n'avons pu nous procurer cette observation.)

Les observations précédentes portent donc au nombre de *vingt-huit* les cas de phlébite rhumatismale connus dans la science. Sur les vingt-sept que nous avons eus sous les yeux, *seize* concernaient des hommes, et *onze* des femmes.

Au point de vue de l'âge des sujets atteints, nous notons, parmi les vingt-six cas où l'âge est indiqué :

Jusqu'à 19 ans.	3 cas.
De 20 à 29 ans.	15 —
De 30 à 39 ans.	4 —
De 40 à 49 ans.	4 —

La proportion plus considérable des cas, observés entre vingt et trente ans, s'explique naturellement par la prédilection qu'affecte le rhumatisme articulaire aigu pour cette époque de la vie (Whipham, Fuller, Stoll, etc.) La profession exercée par les malades semble avoir quelque influence au point de vue de cette complication veineuse chez les rhumatisants; les malades tels que domestiques, journaliers, compositeurs d'imprimerie, garçons de magasin, etc., forcés par leur vie journalière à de longues stations debout, fournissent, en effet, pour la majeure partie, le sujet des observations ci-dessus. Il faut, sans doute, attribuer ce fait à l'action de la stase veineuse favorisant la production des accidents phlébitiques dans les maladies infectieuses en général, fait qui, pour le rhumatisme articulaire, avait déjà été mis en évidence par Letulle (32). Dans notre observation I, nous voyons de plus, ce ralentissement de la circulation de retour aidé par un certain état de phlébectasie des vaisseaux des membres inférieurs. Ce sont ceux-ci qui paraissent surtout frappés par l'agent infectieux et, si l'on consulte le tableau suivant portant sur *vingt-sept* cas observés, on trouvera que, *vingt* fois l'un des deux membres inférieurs ou les deux à fois, ont été pris, *deux* fois chaque membre supérieur a été envahi seul, *une* fois le membre inférieur gauche a été atteint en même temps que le supérieur gauche, *une* fois les 2 membres inférieurs avec le supérieur droit, et enfin *une* seule fois tous les quatre membres ont été touchés.

Membre inférieur	Gauche	12
	Droit	4
	Les deux	4
Membre supérieur	Gauche	2
	Droit	2
Membre inférieur gauche et supérieur gauche		1
Les deux membres inférieurs et le supérieur droit		1
Les quatre membres à la fois		1

Ce qui donne pour le

Membre inf. gauche.	Membre inf. droit.	Membre sup. gauche.	Membre sup. droit.
19 fois.	10 fois.	4 fois.	4 fois.

Cette statistique ne fait que confirmer celle établie par Letulle (32) il y a quatorze ans et indique bien nettement la prédisposition plus grande qu'affectent pour la thrombose les veines du membre inférieur gauche. Le fait a été expliqué par la situation anatomique de la veine iliaque primitive gauche qui est comprimée à sa naissance par l'artère iliaque primitive droite. Letulle ajoute qu'il faut aussi compter avec l'extrême fréquence des varices profondes du membre inférieur gauche. Mais, à notre avis, cette seconde proposition n'est qu'une conséquence de la première, et il faut tenir compte des rapports de voisinage du gros intestin et en particulier du côlon sigmoïde, avec la veine iliaque externe gauche. Comme la constipation est habituelle dans le rhumatisme articulaire aigu, on conçoit aisément que l'intestin rempli de matières fécales vienne comprimer la veine iliaque et favoriser ainsi la stase dans le membre inférieur correspondant. Il est d'ailleurs connu qu'une constipation opiniâtre peut amener par ce mécanisme de l'œdème dans le membre inférieur gauche.

Les veines affectées sont en général les gros troncs, et le tableau qui suit montre avec quelle fréquence la crurale et la saphène interne, pour le membre inférieur, l'humérale et la basilique, pour le membre supérieur, sont sujettes à se thromboser.

Nous relevons les chiffres suivants sur *vingt-six* observations :

Membre inférieur.	veines superficielles	2
	saphène externe	2
	saphène interne	11
	veines profondes du mollet	1
	poplitée	8
	crurale	24
Membre supérieur.	cubitale	1
	radiale	2
	médiane céphalique	1
	céphalique	1
	médiane basilique	1
	basilique	3
	humérale	5
	axillaire	2
Tronc et cou.	sous-clavière	1
	jugulaire interne	1
	tronc brachio-céphalique	1
	mammaire externe	1

On remarque que pour chaque membre, outre le tronc principal, c'est la veine superficielle située à la partie interne (basilique, saphène interne) qui est atteinte. On peut encore rattacher la prédisposition apparente de ces vaisseaux pour l'inflammation et la thrombose, à la stase sanguine habituelle en cet endroit, par suite de la compression répétée qu'exercent les mou-

vements de flexion du membre sur les veines, puisqu'elles sont en effet situées sur la face de flexion. La réplétion du système veineux est, de plus, dans la majorité des cas, influencée par les complications cardio-pulmonaires qui existent dans le rhumatisme. Dans les vingt-quatre observations où se trouve consigné l'état du cœur et des poumons, on rencontre 13 fois des complications du côté de l'endocarde ou du péricarde; dans 2 cas en outre, les bruits du cœur étaient sourds et dans 1 cas il y avait un souffle anémique; 11 fois il y avait des localisations pleuro-pulmonaires, variant depuis un léger degré de congestion jusqu'à la congestion intense, avec ou sans pleurésie concomitante. La plupart du temps, cœur et poumons étaient touchés ensemble. Les modifications apportées par la maladie à l'organe moteur du sang, qu'elle trouble dans son bon fonctionnement, jointes aussi aux variations de résistance causées dans certaines zones de l'arbre circulatoire par les lésions pleuro-pulmonaires, tous ces facteurs contribuent pour leur propre compte à ralentir le cours du sang déjà soumis, ainsi que nous l'avons vu, à des variations régionales.

Si nous ajoutons que dans le rhumatisme articulaire aigu, la teneur en fibrine est augmentée, qu'en un mot il y a hypérinose et leucocytose (Monnot) (42), nous voyons que dans ces conditions, l'instant est favorable pour la coagulation; la phlébite pour se produire ne réclame plus qu'une lésion de la paroi veineuse.

D'après les recherches récentes, celles de Mayet (43), de Vaquez (7 et 8) en particulier, ces modifications chimiques et physiques du sang ne sont que des causes accessoires de la coagulation; la cause primordiale, nécessaire et souvent suffisante, réside dans l'altération du vaisseau en contact avec le sang. A quoi est due cette altération, dans le cas qui nous occupe? La réponse, actuellement, semble moins douteuse et l'on peut incriminer l'agent pathogène spécifique du rhumatisme articulaire aigu trouvé ces derniers temps par Achalme et Thiroloix et revu et étudié ensuite par Triboulet et Coyon. Mais, pour connaître le mode d'action de ces bactéries sur la paroi veineuse, nous n'en sommes pas moins réduits à des hypothèses. Puisque ces microorganismes circulent dans le sang, ainsi que l'ont établi les recherches des auteurs précités, ils peuvent agir directement sur l'endo-veine et déterminer en certains points, la desquamation endothéliale provocatrice de la coagulation; ou bien ils peuvent agir à distance par leurs toxines. Les produits solubles secrétés par les microbes, sont en effet susceptibles de provoquer la coagulation sans grande altération de la paroi (Vaquez) (7 et 8), Mayet (43). Il faut alors admettre pour expliquer cette localisation du processus phlébitique, un état de moindre résistance de la paroi veineuse, qui pourra dépendre de causes variées. Dans les veines gorgées par la stase sanguine, l'endothélium tiraillé, distendu et placé dans des conditions anormales, offrira un point faible à l'agent pathogène. La paroi vasculaire peut même être le siège de lésions primordiales beaucoup plus accentuées, si l'on suppose avec H. Martin (44) que les vasa vasorum sont les premiers atteints par l'endovascularite infectieuse. Sans aller jusqu'à faire intervenir les microorganismes spécifiques, ne pourrait-on aussi admettre un état dystrophique de la paroi vasculaire dû à l'oblitération de quelque artériole de la tunique veineuse par une petite particule de fibrine détachée d'une des valvules du cœur gauche, puisque nous avons vu que les lésions de l'endocarde se rencontrent chez la plupart des rhumatisants atteints de complications phlébitiques? Il serait tout au moins logique de croire que l'inflammation vasculaire débute souvent par les tissus qui enveloppent la veine destinée à se thromboser; la clinique (1) et l'anatomie pathologique (2) nous fournissent quelques preuves en faveur de cette opinion.

On le voit, la question est complexe et ne pourra guère être résolue que par voie expérimentale. Mais auparavant, il est nécessaire d'asseoir sur des bases plus solides encore, la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu et de déterminer d'une façon plus précise le rôle qui revient à chacun des microorganismes découverts par Riva (45), Achalme et Thiroloix, Triboulet et Coyon (46). Quoi qu'il en soit dans ce travail, nous avons voulu indiquer l'existence possible de causes multiples de coagulations intra-veineuses à l'occasion d'une infection rhumatismale franche, et nous avons surtout tenu à insister sur l'influence manifeste de la stase sanguine, comme facteur pathogénique de la phlébite rhumatismale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(1) Widal et Sicard. — Phlébite rhumatismale avec autopsie. (Congrès de Médecine de Nancy, 1896.)
(2) Schmitt. — De la phlébite rhumatismale. (Thèse Paris, 1883-84.)
(3) Gatay. — Contribution à l'étude de la phlébite rhumatismale. (Thèse Paris, 1895-96.)
(4) Vaquez. — Période préoblitérante de la phlébite des cachectiques (Soc. Biologie 19 décembre 1891.)
(5) Vaquez. — Évolution générale des phlébites. (Soc. anatomique, juin 1892.)
(6) Vaquez. — De la phlébite. (Clinique médicale de la Charité de Potain, 1894.)
(7) Vaquez. — De la thrombose cachectique. (Thèse Paris, 1890.)
(8) Vaquez. — Des coagulations intravasculaires sanguines. (Congrès de Nancy, 1896.)
(9) Martel. — De la phlébite dans le rhumatisme blennorrhagique. (Thèse Paris, 1887.)
(10) D'Espagnac. — (Thèse Paris, 1896.)
(11) Davaine. — Rhumatisme aigu et poussées aiguës de rhumatisme chronique. (*Journ. de Méd. int.*, nos 3 et 4, 1898.)
(12) Davaine. — Œdème rhumatismal et nodosités éphémères du tissu cellulaire sous cutané (Thèse Paris, 1879.)
(13) Marcel Léné. — La phlébite rhumatismale et les œdèmes rhumatismaux à forme de phlegmatia. (*Journ. de Médec. int.*, n° 1, 1898.)
(14) Bouillaud. — Traité du rhumatisme, 1840.
(15) Grisolle. — Traité de pathologie interne, 1857.
(16) Jaccoud. — Traité de pathologie interne, 1883.
(17) M. Lelong. — Étude sur l'artérite et la phlébite rhumatismales aiguës. (Thèse Paris, 1879.)
(18) Empis. — *Gaz. des hôpitaux*, 1868.
(19) Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
(20) Rokitansky. — Lehrbuch der pathol. Anat., Vienne, 1856.
(21) Lancereaux. — *Atlas d'anat. pathol.*, t. I, 1871.
(22) Lancereaux. — Traité d'anat. pathol.
(23) Lancereaux. — Traité de l'herpétisme, 1883.
(24) Homolle. — Art. Rhumatisme (Nouveau Dictionn. de méd. et de chir. pratiques.)
(25) Besnier. — Art. Rhumatisme. (In Dictionn. Dechambre).
(26) Terrier. — Phlébite, in Manuel de pathol. chirurgicale, Jamain et Terrier.
(27) Raymond. — Leçon clinique inédite (In thèse Viccaji).
(28) Viccaji. — Des phlébites rhumatismales et goutteuses. (Thèse Paris. 1880-81.)
(29) Blachez. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1880.
(30) Troisier. — La phlegmatia alba dolens. (Thèse d'agrégation, Paris, 1880.)
(31) Lannois. — *Revue de médecine*, 1881.
(32) Letulle. — Note à propos d'un cas de phlébite rhumatismale, (*Gazette médicale de Paris*, 1884.)
(33) Giavarini — *Riforma medica*, nov 1891.
(34) De Saint-Germain. — Thèse Paris, 1893.

(1) Expérience de Peter Obs. IV) (19), modifications de la peau au niveau des veines superficielles enflammées.
(2) Examen histologique de Macaigne *in* thèse Gatay (3).

(35) Remlinger. — Un cas de phlébite rhumatismale. (*Gazette des hôpitaux*, 1896.)
(36) Weill. — *Union médicale du Nord-Est*, 1896.
(37) Achard. — Phlébite rhumatismale. (Congrès de médecine de Nancy, 1896.)
(38) Kirmisson. — *Progrès Médical*, 1876.
(39) Chauffart. — Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané. (Thèse d'agrégation, 1880.)
(40) Comby. — Note sur l'œdème aigu rhumatismal. (*Progrès Médical*, 1880.)
(41) Virchow. — Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftl. Medicin *Berlin*. (Obs. X, p. 528.)
(42) Monnot. — De la leucocytose symptomatique de l'hyperthermie (Thèse Lyon, 1883.)
(43) Mayet. — Des coagulations intra-vasculaires sanguines. (Congrès de Nancy, 1896.)
(44) H. Martin. — *Revue de médecine*, 1881.)
(45) Riva. — *Centralblatt f. inn. Med.*, 1897, n° 32.
(46) Mme Eliache. — Les microbes du rhumatisme articulaire aigu. (*Médecine moderne*, 1898, n° 13.)
(47) Boinet. — Rôle des microorganismes dans la thrombose marastique et la phlegmatia alba dolens (Obs. IV). (Association française pour l'avancement des sciences, Marseille, 1891.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Valeur nutritive des végétaux, au point de vue de l'hygiène, d'après Hildebrandt (1).

Si d'après Voit (2), un homme qui travaille modérément, a besoin de 118 grammes d'albumine pour rester en équilibre nutritif, ce chiffre semble exagéré pour Noorden (3). D'autre part il n'est pas encore prouvé que moins de 100 grammes puissent suffire à un adulte; et cela semble confirmé par les recherches de Carl de Rechenberg (4). Pour Hildebrandt (de Berlin), la nourriture des familles de tisserands se compose de : pain, pommes de terre, mets farineux, beurre, lait; et bien que chaque membre adulte ne prenne ainsi par jour que 65 grammes d'albumine, 49 grammes de graisse et 485 grammes d'hydrates de carbone, la satiété est complète; mais elle survient trop tôt parce que cette nourriture excite le goût d'une manière insuffisante et ne convient point à une profession qui exige un travail corporel soutenu. De plus, une alimentation copieuse mais pauvre en albumine, produit tôt ou tard chez le chien, des troubles de digestion et de résorption (5). Il est vrai qu'il s'agit de *carnivores*, et que les mêmes expériences ne sont pas applicables à l'homme *omnivore*. Toujours est-il que pour un adulte travaillant moyennement, et pour le soldat en garnison, il faut une ration d'albumine de 100 à 110 grammes.

Si maintenant, l'on recherchait la même ration d'albumine dans une nourriture exclusivement végétale, il faudrait ou 1500 grammes de pain, ou 1.300 grammes de riz ou 500 grammes de légumineuses. Comme il est établi que pour les soldats et les travailleurs, il faut en moyenne, par tête et par jour, 650-750 grammes de pain, il faudrait ajouter à cela, 600 grammes de riz ou 250 grammes de légumineuses, pour atteindre le taux obligatoire d'albumine. Mais toutes les recherches démontrent qu'il suffit de 500 grammes d'hydrate de carbone par ration; et comme 250 grammes de légumineuses représenteraient en bouillie épaisse, un volume de 800 centimètres cubes, et sous forme de soupe, un volume de 2 litres, il en résulte que cet excès d'hydrates serait nuisible à la nutrition, de même qu'il y aurait surcharge pour l'estomac. Et dans l'hypothèse où une pareille ingestion serait possible, le corps deviendrait pauvre en albumine, riche en graisse et en eau, et sans énergie. Hartmann (1) éprouve des nausées et diarrhée, après quelques jours d'une alimentation riche en végétaux. Si au contraire Woroschiloff (2), en se nourrissant pendant 30 jours, de lentilles, de pain et de sucre, avec un travail quotidien de 1 à 3 heures, à raison de 8.538 kilogrammètres par heure, ne perdit pas d'albumine, cette expérience n'est pas assez probante, parce qu'elle est trop courte. De même, si d'après Ohlmüller, les laboureurs transylvaniens se nourrissent, en moyenne et par jour, avec 1.300 grammes de maïs, et 120 grammes de fèves de marais, c'est qu'il s'agit ici, d'hommes habitués dès la jeunesse à une nourriture végétale, et dont l'intestin est entraîné par l'accoutumance à subir de gros volumes d'aliments.

Prix des légumes. Il faut considérer que le prix des légumes, relativement à leur contenu en principes nutritifs, est si élevé, que les indigents ne peuvent en acheter qu'en petite quantité. D'autre part, le grand public a tendance à croire que les aliments végétaux sont moins chers que ceux tirés du règne animal, parce que ces derniers représentent, à poids égal, un bien plus petit volume. Or, il n'en est rien, si l'on s'en rapporte au tableau suivant (3) dont nous facilitons la compréhension pour le lecteur français (4) :

60 grammes d'albumine digestible, contenus dans	coûtent
380 *gr. de viande*	0 fr. 62
1500 *gr. de lait*	0 28
500 *gr. d'aiglefin*	0 32
800 *gr. de hareng frais*	0 22
300 *gr. de fromage maigre*	0 12,50
1050 *gr. de riz*	0 62,50
1300 *gr. de pain de seigle*	0 35
1200 *gr. de pain blanc*	0 50
6000 *gr. de pommes de terre*	0 37,50
350 *gr. de pois*	0 8,75

On voit ci-dessus que les légumineuses suffisent le mieux et à bon compte au besoin d'albumine; mais qu'elles apportent aussi trop d'hydrates de carbone, de sorte qu'elles représentent un trop gros volume. Rappelons aussi que, pour le peuple comme pour les établissements publics, les prix en gros subissent une diminution moindre pour les végétaux que pour les viandes.

L'alimentation doit être mixte. La nourriture doit être d'autant plus riche en hydrocarbones que le travail musculaire est plus dur, et d'autant plus riche en graisses, que la température est plus basse (5). Tout régime exclusif est mauvais. Les peuples civilisés l'ont trouvé depuis longtemps, d'une manière empirique, et selon la sentence attribuée à Crèvecœur (6) :

(1) *Klin. thérap. Woch.*, Juli 1898, n° 31.
(2) *Pathol. d. stoffwechsels*, 1893.
(3) *Berl. Klin. Woch.*, 1893, n° 14.
(4) *Wirchow's Archiv.*, Bd 132.
(5) Munk. — *Pluger's Archiv.* Bd 54 et Rosenheim (*Berl. Klin. Woch.*, 1893, n° 22.

(1) *Botkin's Archiv.* Bd 1892.
(2) *Uber Volksernährung*, Wiesbaden, 1891.
(3) Tiré de Flugge, *Lehrbuch der Hygiène*, p. 262.
(4) Dr Paul Cornet. Les prix sont ceux d'Allemagne.
(5) Bunge. — *Lehrb. d. Physiol*, II auf. p. 78.
(6) Knapp. — *Die Nahrungsmittec in ihr. chem. und sechn. Beziehungen*, Braunchweig, 1848.

« *La race des petits semeurs exterminera celle des mangeurs de viande, à moins que les chasseurs ne se décident à semer.* »

Conclusions d'Hildebrandt. — 1° Les végétaux n'offrent à l'organisme humain une nourriture suffisante, ni par leur valeur absolue en matière nutritive, ni par leurs rapports élémentaires. 2° Des troubles de l'estomac et de l'intestin, et d'ordre général, peuvent être la conséquence d'une surcharge de l'appareil digestif par un régime végétal prolongé. 3° Au point de vue économique, la nourriture végétale n'est pas à préférer au régime mixte, parce que pour le même prix on a, en général, une quantité de végétaux plus volumineuse mais moins utilisable au point de vue nutritif. 4° Il n'est pas encore sûrement prouvé que l'albumine végétale ait la même valeur que l'albumine animale. 5° L'expérience et la théorie démontrent que les deux tiers de l'albumine nécessaire à la nutrition peuvent être fournis, sans inconvénients, par les végétaux. 7° Nous nous pourvoyons en hydrates de carbone, presque exclusivement par les végétaux. 7° Les matières grasses, nécessaires à la nutrition, ne sont fournies que pour la moitié, par les aliments végétaux. 8° L'usage immodéré des aliments végétaux n'échoue qu'à cause du prix relativement élevé, surtout des légumes de choix. Paul Cornet.

La Peine de mort : Autopsie des criminels exécutés.

A l'occasion de l'exécution récente d'un vieillard, Damoiseau, deux fois assassin, et d'un adolescent, Peugnez, lui aussi double assassin, et qui ont subi leur peine avec une complète indifférence, M. Des Houx déclare qu'il ne voit guère de symptôme social plus effrayant que ces sortes de défis ironiques portés par ces derniers suppliciés à la peine de mort.

« Damoiseau mourut en propriétaire endurci ; Peugnez en petit cabotin ! L'un et l'autre, le vieillard et l'enfant, tournèrent le supplice en dérision. D'autres admireront cette bravoure. Il est même à craindre que les admirateurs soient trop nombreux et que le récit de ces morts presque théâtrales n'excite chez les jeunes vauriens un désir d'émulation.

« Les philosophes en seront épouvantés. Qu'est-ce que cette génération qui ne tremble pas devant le supplice ; qui transforme l'ignominie en bravade, en forfanterie ; qui se glorifie à la fois du crime et de l'expiation ? Qui sont ces apôtres de l'impassibilité, qui ont calculé les profits de leur forfait et qui, mettant en balance les rigueurs de l'expiation suprême, ont estimé que le châtiment n'était pas si cruel et, qu'après tout, la vanité pouvait encore trouver son compte sous le couteau de la guillotine ? »

Et, après avoir rappelé qu'un philanthrope, le Dr Guillotin, avait inventé la machine pour que « l'humanité fût suivie jusque dans le dernier supplice », il ajoute :

« Si l'échafaud cesse d'être un objet d'épouvante actuelle ou préventive, si on le brave, si on en rit, si on en fait une tribune, à l'exemple de Damoiseau, un théâtre de pitreries, à l'exemple de Peugnez, qu'est-ce que la justice devra inventer pour redevenir terrible ? »

L'auteur semble croire que l'indifférence et le cynisme des condamnés, en face de l'échafaud, est le fait de notre état social. Or, il en est ainsi de longue date et nous nous rappelons avoir assisté, il y a une trentaine d'années, à la *Société médico-psychologique*, à une discussion psychologique et sociale très intéressante, d'où il est résulté pour nous que la peine de mort, que l'exécution publique n'avaient aucune action préservatrice. Loin de là. Les jeunes malandrins qui y assistent, sachant ce qui peut leur arriver, trouvent là des modèles à imiter, « un désir d'émulation ». Il n'y a donc, dans cette sinistre opération, rien qui serve à la Société. Celle-ci a mieux à faire. Si elle a le devoir de se préserver contre les criminels, qui sont si souvent des malades au point de vue médical et social, elle n'a pas le droit, en toute équité, de les supprimer. Et l'auteur de l'article en question indique lui-même le remède : « La démocratie, pour rester saine, doit placer au premier rang de ses préoccupations l'éducation morale du peuple. »

La Société ne retire donc aucun bénéfice de ces condamnations à mort, ni de ces exécutions publiques. En retire-t-elle au moins quelques-uns sous le rapport scientifique ? Très peu. En effet, souvent des interventions, que rien ne justifie, s'opposent à ce qu'il soit procédé à un examen scientifique. Ce n'est pour ainsi dire qu'exceptionnellement que les recueils spéciaux publient l'histoire des criminels qui ont subi la peine capitale, avec un examen anthropologique et anatomo-pathologique complet. Il serait pourtant d'une réelle importance d'avoir de tels documents. Pour y arriver, il faudrait suivre une méthode rigoureuse et confier cet examen à des hommes d'une compétence indiscutable. Il appartiendrait, suivant nous, au Ministre de la Justice de donner des instructions formelles pour que, toujours, l'autopsie soit pratiquée, et pour qu'elle le soit dans des conditions vraiment conformes à nos connaissances actuelles. Les recueils spéciaux accepteraient volontiers de publier les observations des criminels rédigées de la manière complète et rigoureuse que nous signalons. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 février 1899.

Sur l'infection typhique expérimentale chez les chiens.

MM. Lépine et Lyonnet. — Quand on injecte à un chien de taille moyenne 2 à 3 cc. d'une culture virulente de bacille d'Eberth, soit dans les parois de l'intestin, soit dans le bout central d'une veine mésaraïque ou d'une veine de la circulation générale, il se produit dans les heures consécutives : 1° Des modifications de la température centrale et du nombre des globules blancs du sang, phénomènes tous deux en rapport avec la dose de toxine contenue dans la culture injectée ; 2° l'élimination d'un certain nombre de bacilles par diverses voies d'excrétion, notamment par l'urine et par la bile ; 3° la localisation dans les organes des bacilles restant dans l'économie, car on n'en trouve plus dans le sang du cœur et des gros vaisseaux au bout de quelques heures. On peut constater dès le lendemain ou le surlendemain que les bacilles ont fait élection de siège dans certains organes, surtout dans le foie et la rate où ils existent toujours. Le sérum acquiert après quelques jours le pouvoir agglutinant ; puis, pendant plusieurs semaines, on peut encore trouver le bacille d'Eberth dans la rate et dans le foie, en même temps que la santé générale de l'animal reste parfaite. Ces bacilles ont toutefois conservé leur vitalité, car ils prolifèrent en quelques heures dans le bouillon. Leur virulence varie au bout de quelques semaines, et s'atténue plus rapidement dans le foie que dans la rate. En injectant quelques centimètres cubes de culture virulente de bacille typhique dans la trachée, on peut amener le développement dans le poumon de noyaux de bronchopneumonie renfermant le bacille d'Eberth. On a ainsi du vrai pneumotyphus. On observe de plus la dissémination des bacilles dans les différents organes et leur localisation spéciale dans la rate et le foie. Ph.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

M. WEISS. — La traction qui augmente l'*excitabilité du muscle* diminue celle du nerf, ce qui ne saurait être attribué à la séparation de la plaque motrice qui n'est pas réellement terminale comme on le pensait, mais donne naissance à de fins rameaux formant circuit.

MM. CHAMBRELENT et PACHON (de Bordeaux) ont étudié l'*influence de l'asphyxie sur les contractions utérines.* Sur des lapines pleines, la section des pneumogastriques entraîne la mort par asphyxie progressive en 48 heures sans produire l'expulsion fœtale, sauf chez des lapines à terme où le traumatisme seul a semblé agir.

MM. BALLET et FAURE ont donné en injection de la *macération de tabac à chiquer* à 10/100. L'injection de 2 cc. donne chez les divers animaux : accidents convulsifs affectant deux types ; le premier la grande crise comitiale, avec phase tonique ou clonique: un second avec mouvements plus désordonnés, sauts, secousses, salutations. La mort survient assez rapidement si l'injection a été suffisante. Ces recherches sont intéressantes et pour l'étude de l'épilepsie toxique et pour celle de l'action du tabac.

MM. ULRY et FRÉZALS (de Bordeaux) ont étudié le mode d'action des médicaments aqueux, huileux ou pommades déposés sur le globe oculaire : 1° Les collyres aqueux pénètrent dans la chambre antérieure par la cornée, et peu par la conjonctive; 2° la cornée agit comme une succession de membranes de perméabilités différentes et superposées; 3° la cornée n'absorbe pas les corps gras; ceux-ci ne pénètrent qu'après dissolution dans les larmes.

MM. THIERCELIN et ROSENTHAL ont trouvé un diplocoque encapsulé dans un cas de méningite aiguë : dans le sang du bras pendant la vie, dans le pus des méninges après la mort.

M. CARRIÈRE (de Lille) a trouvé chez les animaux asphyxiés par l'acide carbonique, le sang d'une éosinophilie remarquable. A rapprocher des cellules éosinophiles si fréquentes dans les crachats des tuberculeux et autres malades respirant mal.

M. HAYEM a, comme MM. Gilbert et Weil, constaté dans la chlorose des modifications qualitatives des leucocytes : surcharge hémoglobique, hypertrophie de certains globules blancs; noyau volumineux, très granuleux de certains mononucléaires. Les modifications sont considérables d'un cas à l'autre.

M. PAMART (d'Alger) envoie des courbes de mensuration du pouvoir agglutinant chez les typhiques au cours de la période fébrile.

M. RAILLIET a vu, chez un animal mort au cours de la gestation, une embolie osseuse dans une artère ; il s'agissait du cartilage costal d'un des fœtus qui, après avoir perforé l'utérus, avait pénétré dans la veine cave, le ventricule droit et l'artère pulmonaire.

M. ZACHARIADES a étudié l'action des alcalins sur les faisceaux conjonctifs. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

En raison de la mort de M. le Président de la République, l'Académie lève aussitôt, après la lecture de la correspondance, sa séance en signe de deuil.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. RAYMOND.

Sur un cas d'affection spasmo-paralytique de l'enfance d'origine syphilitique probable.

MM. BARBIER et MALLY présentent un enfant de 12 ans 1/2, qui est né à terme. Il est d'une famille de quatre enfants, dont le premier, âgé de 21 ans, est bien portant; le second, mort à 2 mois 1/2 de méningite; le troisième, mort à 5 ans de convulsions, était épileptique depuis sa naissance. Bien conformé à la naissance, il n'a marché qu'à 3 ans et des lors sa démarche fut spasmodique et vacillante. Il parle d'une façon saccadée et monotone. Il est atteint de nystagmus et d'altérations choroïdiennes anciennes; le malade est myope. Les réflexes rotuliens sont exagérés, les réflexes cutanés et la sensibilité et la motilité n'offrent pas d'altérations profondes. Le manque de rigidité persistant au repos, les troubles de la vue et de la parole empêchent de songer à une maladie de Little. M. Barbier croit avoir affaire à une meningo-encéphalite syphilitique, à foyers disséminés, qui aurait déterminé l'arrêt du développement du faisceau pyramidal. Ce qui porte à admettre ce diagnostic, c'est : 1° les traces de choroïdite que présente ce malade ; 2° les antécédents héréditaires de la famille : le premier enfant bien portant, un deuxième mort à deux mois de convulsions, un troisième mort à cinq ans épileptique et enfin le malade actuel. Le père seul paraît être ici en cause.

M. GILLES DE LA TOURETTE inclinerait vers le diagnostic d'hérédo-syphilis localisée au bulbe et à la moelle épinière.

M. GUINON fait remarquer que deux cas de sclérose en plaques chez des enfants ont été récemment publiés.

M. RAYMOND doute de la syphilis; il croit qu'il ne s'agit ni d'une sclérose en plaques, ni d'une maladie de Little, mais de la variété cérébelleuse de la maladie de Friedreich à cause de la conservation de l'intelligence et de la force musculaire et de la démarche ataxo-cérébelleuse.

Analgésie trachéale profonde chez les tabétiques.

M. SICARD dans le service du Pr Raymond a constaté fréquemment chez les tabétiques la disparition de la sensation angoissante qui est provoquée à l'état normal par la compression prétrachéale.

Diagnostic bactériologique de la diphtérie par l'examen direct des fausses membranes.

MM. MÉRY et BONUS exposent les résultats de leur expérience sur le diagnostic bactériologique de la diphtérie et des associations microbiennes par l'examen direct des fausses membranes sur des frottis ou sur des coupes.

Sur un cas de méningite cérébrale à méningocoques avec septicémie. — Etude clinique et bactériologique.

MM. THIERCELIN et ROSENTHAL. — Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre maître, le Pr Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas de méningite cérébrale manifestement dû au microbe décrit sous le nom de méningocoque.

1° Observation clinique. — Un malade, âgé de 39 ans, découpeur en métaux, est entré le 16 janvier, se plaignant surtout de fatigue, d'amaigrissement, de toux, sans fièvre. On porte le diagnostic de bronchite aiguë chez un malade atteint de tuberculose au début; on constate de plus, à son entrée, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle qu'on attribue à l'hystérie. Six jours après son entrée, des symptômes de méningite commencent à apparaître; c'est d'abord un délire calme et tranquille, sans fièvre, puis l'intelligence s'obscurcit, la fièvre s'allume, la raideur de la nuque apparaît, ainsi qu'une paralysie faciale gauche transitoire. En deux jours, les symptômes se complètent et le malade meurt dans le coma le 24 janvier. A l'autopsie, on trouve une méningite cérébrale caractérisée par l'existence d'un pus épais de couleur jaunâtre recouvrant toute la convexité de l'encéphale. A la base, congestion intense avec quelques plaques purulentes disséminées. L'examen de la moelle et des méninges rachidiennes reste négatif.

2° Etude bactériologique. — Dans le pus des méninges et dans le sang du bras, pris pendant la vie, nous avons trouvé un diplocoque lancéolé, encapsulé, prenant le Gram, avec tous les caractères morphologiques du méningocoque. Les cultures obtenues avec le microbe présentent l'aspect décrit par les auteurs comme appartenant à ce microbe. Nous désirons insister sur quelques particularités que nous avons constatées. Sur les lamelles faites avec le pus des méninges, les microbes existaient en dehors des leucocytes et d'autres étaient manifestement intra-cellulaires. Parmi ces derniers, les uns restaient colorés au Gram, d'autres étaient décolorés, mais il était manifeste que le microbe extra-cellulaire et le microbe intra-cellulaire appartenaient à la même espèce. En culture

anaérobie, le microbe pousse difficilement et prend des formes de chainette à grains irreguliers déformés Les inoculations pratiquées aux animaux nous ont montré que le microbe rencontre dans ce cas était extrêmement virulent. Des souris inoculées sous la peau sont mortes en 48 heures et le lapin jeune inoculé dans le tissu cellulaire de l'oreille est mort en 24 heures avec septicémie. Le lapin adulte est plus résistant, ainsi que le cobaye. Chez deux lapins adultes nous avons pu déterminer la formation d'abcès. Les auteurs qui ont étudié ce microbe sont partagés en deux opinions : pour les uns le microbe est une variété de pneumocoque (Neisser), pour d'autres c'est un microbe spécial. — Sans prendre parti dans ce débat, nous n'avons pu nous empêcher d'être frappés des différences profondes qui séparent le microbe étudié du pneumocoque de Talamon. Par certains caracteres, il se rapproche du streptocoque, et nous serions tentés d'en faire une espèce indépendante, tenant le milieu entre ces deux espèces microbiennes.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 février 1899 (suite et fin).
PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Discussion sur le traitement de l'appendicite.

M. QUENU s'inscrit contre l'absolu des propositions émises par M. Poirier Les indications opératoires varient suivant la variété d'appendicite. Pour les appendicites suraiguës, l'opération, de l'avis de tous, demeure la seule chance de salut. En présence des formes aiguës et subaiguës, il faut se laisser guider par la gravité des accidents Mais la difficulte consiste précisément à apprécier la gravité de l'appendicite en face de laquelle on se trouve. L état du pouls, l'arrêt des gaz, l'altération des traits durable, une certaine odeur mauvaise de l'haleine, sont des signes importants d'une crise grave, en présence desquels il faut opérer sans tarder. Quand le chirurgien est appelé au bout de cinq ou six jours, sa conduite est mieux tracée, car alors il survient souvent une détente, ou, au contraire, la situation s'aggrave et commande d'intervenir. Quant à la résection de l'appendice à froid, au bout de combien d'attaques doit-on la faire? Son indication dérive moins du nombre des attaques que de leur gravité Une première crise sérieuse, suivie d'un état général mauvais, indique la résection appendiculaire.

M. NIMIER est d'avis qu'en dehors des cas de péritonite diffuse, d'empâtement net de la fosse iliaque ou d'abcès pelvien, l'intervention doit être retardée afin d'être pratiquée à froid.

Séance du 15 février 1899, — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement de l'appendicite.

M. ROUTIER, à propos du cas auquel M. Brun fit allusion dans la dernière séance, montre que l'intervention précoce eût procuré à cette malade le même avantage et en beaucoup moins de temps, puisque soumise par M. Brun au traitement médical, elle a sejourné plus de trois mois à l'hôpital, pour être finalement opérée. Pour conclure, M. Routier dit qu'il a quelquefois regretté d'avoir temporisé, jamais d'avoir opéré trop vite. En 1897 et 1898, M. Routier a opéré 93 appendicites : 35 à froid, 35 guérisons, 33 aiguës, avec ou sans abcès, 32 guérisons, 1 mort ; 24 en pleine péritonite : 10 guérisons, 14 morts.

M. BERGER compare les avantages et les inconvénients de l'expectation et ceux de l'opération. Il faut réserver l'opération d'urgence aux cas de péritonite septique diffuse, à ceux de collections suppurées, à ceux encore où, vers le quatrième ou cinquième jour, il n'y a pas d'amélioration, ou si il y a une recrudescence. Hormis ces cas, on peut attendre. Et cette expectation n'est pas sans danger, et M. Berger a vu succomber à des accidents suraigus deux malades qui semblaient aller très bien. Mais il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à ériger en règle absolue le principe de l'intervention systématique. Somme toute, M. Berger reconnaît qu'on fait beaucoup d'opérations inutiles, mais il considère qu'il vaut mieux courir les chances d'une opération que d'exposer le malade à de graves complications par l'expectation.

M. SEGOND se déclare partisan résolu de l'opération systématique. Les cas les plus bénins en apparence, traités par la temporisation, peuvent donner lieu à des accidents mortels. Qu'aurait donné, par exemple, l'expectation dans le cas suivant, que rapporte M. Segond? Il s'agit d'une fillette de 10 ans, qui présentant depuis quelques jours, des signes d'embarras gastrique, ressent le dixième jour une violente douleur dans la fosse iliaque droite, qui fait porter le diagnostic d'appendicite. Le lendemain matin, frisson violent, 39°,5, ballonnement du ventre, constipation absolue. Trois ou quatre heures après, l'enfant allait très bien, souffrait à peine, 37°. Un seul symptôme : 110 pulsations. Malgré cela, M. Segond est d'avis d'opérer. Il l'opère à sept heures du soir : à l'ouverture du ventre, il s'écoule un flot de liquide louche. Derrière le cæcum, se trouvait l'appendice, énorme, sphacelé. La malade est actuellement guérie. Voilà donc un fait qui prouve nettement l'utilité de l'opération systématique de l'appendicite.

De l'épiploïte consécutive à la section de l'épiploon dans la cure radicale des hernies.

M. REYNIER attribue à la présence du fil la production de l'épiploïte, consécutive à la cure radicale des hernies. Aussi préconise-t-il la ligature au catgut qui se résorbe sans risque de s'infecter.

M. TUFFIER, sur 600 hernies qu'il a opérées, n'a observé qu'un cas d'épiploïte non suppurée. Sans doute, l'épiploïte peut être causée par la présence d'un fil septique, mais l'épiploon peut aussi subir des phénomènes d'inflammation qui lui sont propres.

M. POZZI a renoncé à la soie pour les opérations de chirurgie abdominale. La soie s'infecte et est difficile à stériliser. Depuis qu'il ne se sert que du catgut, il n'a plus d'accidents inflammatoires secondaires.

M. REYNIER préfère aussi le catgut, mais non pour les mêmes raisons. La soie est plus facile à stériliser que le catgut, mais le fil de soie finit par couper les tissus et s'infecte ainsi secondairement.

M. GUINARD rapporte quatre cas d'épiploïte.

M. HARTMANN déclare que si on a des épiploïtes, c'est parce qu'on se sert indifféremment de toute espèce de fils.

M. TUFFIER se sert de catgut, quand il s'agit d'un foyer septique ou susceptible de le devenir; pour toute la chirurgie aseptique, il emploie la soie aussi fine que possible.

P. RELLAY.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance de février 1899.

Expulsion d'un fœtus vivant de 7 mois ayant vécu 110 jours en dehors des membranes de l'œuf.

M. DUBRISAY rapporte l'observation d'une parturiente, qui présenta au quatrieme mois de sa grossesse des symptômes d'avortements : ecoulement de liquide amniotique et de sang et contractions utérines. Sous l'influence d'un traitement approprié, la grossesse put continuer; mais tous les jours il s'écoulait par la vulve une certaine quantité de liquide dont la quantité fut évaluée en moyenne à 80 grammes, excepté pourtant une fois où le liquide recueilli pesait 255 grammes. L'accouchement eut lieu spontanément a 7 mois par la naissance d'un enfant né vivant. Le placenta pesait 283 grammes; les membranes de l'œuf limitaient une cavité extrêmement petite, ne pouvant par conséquent contenir le fœtus, qui s'était développé en dehors d elle Ces membranes s'ouvraient en outre à 3 ou 4 centimètres du bord placentaire. Ce fait doit être rapproché de ceux qui ont été rapportés par Tarnier (Congrès de Bordeaux 1895), par MM. Bar et Maygrier.

Récidive d'éclampsie au cours d'une grossesse.

M. MAYGRIER. — Deux faits ont été observés par cet auteur tendant à démontrer la possibilité d'une d'éclampsie au cours de la grossesse malgré l'usage du régime lacté absolu. Dans une première observation, il s'agit d'une femme enceinte de 6 mois qui avait eu en ville 16 attaques d'éclampsie. Transporte à l'Hôpital elle avait été soumise au regime lacté et aux lavements de chloral et avait completement gueri Mais 11 jours après apparurent de nouveaux accès qui, bien que plus incomplets que les premiers, entrainèrent la mort du fœtus qui

fut expulsé un mois après. La seconde malade, après avoir présenté des accès au septième mois, eut malgré le régime lacté absolu de nouvelles attaques d'éclampsie au moment du travail. L'enfant mourut et fut expulsé spontanément. Pendant les suites de couches deux nouveaux accès se reproduisirent.

Accidents maniaques chez une accouchée. — Injection intra-veineuse d'eau salée. — Guérison.

M. Boullé. — L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui, après avoir présenté un accouchement parfaitement normal, avait eu des accidents maniaques pendant les suites de couches. La température s'était élevée à 40°. La quantité des urines était tombée à 650 grammes; il existait une petite quantité d'albumine. Sous l'influence du régime lacté et des injections intra-veineuses d'eau salée qui furent pratiquées à trois reprises différentes, on vit disparaître le cortège des accidents maniaques, cris hallucinatoires, et augmenter la quantité des urines. La guérison fut obtenue le quinzième jour après l'accouchement.

Kyste congénital sacro-coccygien. — Opération; guérison. — (Présentation de photographies, de radiographies et de préparations histologiques.)

MM. De Rothschlid et Schwab. — Il s'agit d'un enfant né en présentation du siège, qui présentait au niveau de la région sacro-coccygienne une tuméfaction de couleur violacée, fluctuante et tellement tendue qu'elle avait fait craindre une rupture spontanée. L'enfant fut opéré quatre jours après sa naissance. A l'incision, il s'écoule un liquide séreux, légèrement jaunâtre. La poche était nettement indépendante du canal rachidien; elle ne put être entièrement enlevée à cause de ses connexions avec le rectum. Comme pansement, de la gaze stérilisée avec du stérésol. La plaie était entièrement cicatrisée le quinzième jour. La masse pesait 300 grammes. A l'examen histologique, on put constater que la paroi était recouverte par un épithélium cylindrique.

Etude des monstres par les rayons de Rœntgen. — Présentation des pièces du musée de la clinique Tarnier, avec leurs photographies et leurs radiographies faites l'une et l'autre avec le tube de Crookes.

M. Bouchacourt. — Dans l'appréciation des altérations du squelette chez les monstres, la radiographie équivaut à une véritable dissection, et outre l'économie considérable du temps, elle a sur elle l'avantage du pouvoir, véritable biopsie, être appliquée à l'étude de monstre encore vivant dont la dissection n'est pas autorisée. En présence d'un fait de tératologie, on doit donc aujourd'hui le radiographier après l'avoir photographié. Ces deux opérations peuvent être faites successivement avec des tubes de Crookes de pénétrabilité très différente. En employant un tube de Crookes très peu pénétrant, on fait, en effet, une véritable photographie en vraie grandeur du monstre qui est ainsi enveloppé par les rayons, mais non traversé par eux. En prenant ainsi deux clichés stéréoscopiques de la configuration extérieure et de la configuration intérieure des monstres, on peut réunir facilement en quelques instants toutes les données qui permettent d'étudier ultérieurement la pièce sans la conserver.

M. Bouchacourt a présenté les radio-photographies de deux acéphaliens, de deux fœtus à rachitisme intra-utérin et d'un monstre triple qui avait été catalogué, d'après sa configuration extérieure, dans la classe des xyphopages dont il est très éloigné en réalité. La radiographie a montré aussi que l'un de deux acéphaliens possédait un crâne rudimentaire.

H. Chéron.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séance du 16 février 1899.

Présidence de M. le Pr D'Arsonval.

M. Grand relate le cas d'une malade, âgée de 61 ans, qui était atteinte de *pouls lent permanent* il y a quatre ans et dont la guérison se maintient parfaite depuis cette époque. En dehors du ralentissement du pouls, les autres éléments dont la réunion constitue habituellement ce syndrome : syncopes, attaques apoplectiformes ou épileptiformes, etc., faisaient défaut et étaient remplacés par des vertiges, des bourdonnements, des éblouissements diversement colorés, des troubles gastriques et intestinaux tels que nausées, vomissements et évacuations alvines répétées. Ces divers troubles duraient depuis plus d'un an et se manifestaient par périodes paroxystiques séparées par des rémissions assez courtes dont la durée ne dépassait pas 2 à 3 jours. Le pouls battait de 27 a 38 fois par minute pendant les périodes de paroxysme et se relevait à 60 et 75 pulsations pendant les jours d'accalmie. Il n'existait chez cette malade ni sénilité athéromateuse, ni lésions cardio-vasculaires. Le traitement a consisté en galvanisations du pneumogastrique au cou : séances quotidiennes de 10 à 15 minutes de durée, avec une intensité de 5 à 7 milliampères, et accompagnées de séances de franklinisation avec souffle céphalique au moyen d'une pointe pendant deux minutes. Les périodes paroxystiques devinrent graduellement plus courtes et moins pénibles, tandis que les rémissions devenaient au contraire plus longues, jusqu'au retour de l'état normal qui fut obtenu après six semaines et ne s'est plus altéré depuis quatre ans. Le pouls bat actuellement de 100 à 110. Le cœur est normal. La malade a récupéré 25 livre de son poids qu'elle avait perdues pendant sa maladie.

M. Dignat présente une *électrode à pression mesurable* dont le dispositif permet d'évaluer exactement la pression exercée par l'électrode sur le point moteur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS.

Séance du 17 février 1899.

M. Bilhaut fait une communication sur un cas de *bubonocèle*, opéré par lui, et dont il présente les pièces anatomiques. La tumeur siégeant dans l'aine droite était constituée par un sac herniaire deshabité, notablement hypertrophié et communiquant avec la cavité abdominale par un pédicule rétréci. Dans les jours qui avaient précédé l'intervention, un fragment d'épiploon avait pénétré dans le collet du sac, et, sous l'influence de la pression qu'il avait subie, il avait été frappé de congestion et même d'un commencement de sphacèle.

M. Hugon lit un travail sur l'*action du massage dans la colique hépatique*. Il conseille de recourir au massage progressif, l'effleurage devant être un premier temps destiné à atténuer la douleur et à permettre au malade de subir ultérieurement des manœuvres plus profondes et plus actives. L'auteur cite à l'appui de ses conclusions des observations qui prouvent l'utilité réelle du massage dans le cas de coliques hépatiques.

M. Bilhaut fait une communication sur un cas de *malformations multiples chez un nouveau-né*. Il existe chez ce sujet une association de mains bottes, de pieds bots, de luxation congénitale de la hanche et de flexions permanentes des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin. La déviation des mains et des pieds a pu être corrigée par simple manipulation et immobilisation dans des appareils de gutta-percha. L'auteur fait comprendre les inconvénients de l'usage des appareils plâtrés, appliqués aux membres abdominaux chez les nouveaunés. Il insiste sur la nécessité de procéder sans retard à la réduction des déviations et il cite à l'appui de sa thèse de nombreux exemples de guérisons de mains bottes et de pieds bots, grâce à un traitement précoce et sans qu'il soit nécessaire de recourir aux sections tendineuses.

M. Garnier fait une communication sur le *traitement à conseiller dans les cas de rétention placentaire post-abortum*. Il résulte de ce travail et de la discussion qui lui fait suite, qu'il est préférable d'intervenir sans retard et que les appréhensions du médecin traitant ne seront levées qu'au moment où la cavité utérine sera complètement débarrassée des restes de l'œuf.

M. Bilhaut.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de l'éminent chirurgien de Bale, le Pr Socin; du Pr Gluge (de Bruxelles); du Dr Leplat (de Lille); du Dr Dareste (de Paris); du Dr Lazare Sée (de Paris); du Dr Mousson (de Toulon), du Dr Humbert (de Paris).

REVUE DE CHIRURGIE

—

I. — Traitement des suppurations pelviennes par l'incision vaginale; par le Dr William Ground. (*Northwestern Lancet*, janvier 1898.)

I. — L'auteur pose les indications de cette opération et en fait valoir les avantages. La question des suppurations pelviennes est restée longtemps obscure; c'est grâce aux progrès de la chirurgie abdominale que la laparotomie a permis aux opérateurs de reconnaître le rôle prépondérant de la salpingite, rôle déjà admis par Bernutz et Goupil. Mais les chirurgiens poussés dans cette voie en sont arrivés à etendre trop loin le champ de la laparotomie et n'ont pas reculé devant l'ablation d'organes sains ou à peu près, sans d'ailleurs retirer toujours une guérison définitive et durable des accidents présentés par les malades. La laparotomie procure des résultats d'autant meilleurs qu'elle est pratiquée avec plus de réserve.

La voie vaginale préconisée par Emmet, Landau, a pour but de permettre une intervention conservatrice, en même temps qu'elle évite les accidents qui peuvent compliquer la laparotomie, shock, péritonite, occlusion intestinale, eventration. Il faut distinguer l'incision vaginale de la simple ponction. La voie vaginale semble *a priori* tout indiquée dans les abcès pelviens : en effet, étant donnée la tendance naturelle du pus à progresser vers les parties les plus déclives, c'est par le vagin qu'il convient de l'évacuer et d'etablir la voie de drainage, de même que pour évacuer un empyème on opère à la partie inférieure du thorax. Le shock opératoire est nul, il n'y en a pas plus qu'après un curettage. La péritonite n'est pas à craindre, puisque le plus souvent l'opération est extrapéritonéale.

On se guidera sur le siège de la tumeur pour décider s'il convient d'opérer par le vagin ou par l'abdomen : si la collection est haut située, il y a avantage à l'aborder par l'abdomen; l'auteur établit comme limite une ligne passant par les épines iliaques antéro-supérieures. L'auteur réfute les objections faites à l'incision vaginale. On lui reproche d'être une opération timide; elle exige au contraire une certaine hardiesse, puisque le chirurgien n'a que le toucher pour se guider, sans le contrôle de la vue.

Un reproche plus sérieux adressé à l'incision vaginale, c'est de laisser en place des tissus malades, qui rendent plus difficile une opération ultérieure. Mais ces considérations ne sont pas de nature à arrêter un chirurgien, qui préfèrera toujours au cours d'une laparotomie, trouver des adhérences que trouver du pus. Sur 23 cas rapportés par l'auteur, deux ont dû être traités plus tard par la laparotomie : l'ablation fut possible malgré les adhérences, mais il n'y avait pas de pus. Le cas suivant est fort instructif : il s'agit d'une femme présentant une tumeur pelvienne; le début brusque des accidents remontant à deux ans, plaidait en faveur d'une hematocèle; il s'agissait, en effet, d'une hématocèle infectée, qui vint à s'ouvrir spontanément dans le rectum. L'incision du cul-de-sac postérieur fut pratiquée et donna issue à d'abondants caillots mêlés de débris fœtaux. Durant deux semaines, les matières fécales passèrent dans le vagin, grâce a l'ouverture de l'abcès dans le rectum. Mais les lavages de la poche amenèrent la guérison. Tout porte à croire qu'en pareil cas la laparotomie eût été fatale, en raison de la fistule rectale qui aurait infecté le péritoine.

L'auteur termine par l'exposé de sa technique : il recommande de pratiquer le curettage de l'utérus au préalable, pour ouvrir la poche, il n'incise au bistouri que la muqueuse; le doigt fait le reste; il convient d'explorer les annexes avec soin, ou pratique un drainage à la gaze. P. Rellay.

II — Suites éloignées de la vasectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate; par Nicolich (de Trieste).

II. — Pour juger de l'influence de la vasectomie sur les prostatiques, l'auteur les a groupés sous trois chefs : 1° première attaque de retention complète survenue après une période plus ou moins longue de dysurie; 2° Retention chronique incomplète qui, à intervalles variables, devenait complète; 3° Rétention chronique complète. Il a opéré deux malades du premier chef, un en novembre 1896, l'autre en février 1898. Tous les deux maintenant se portent très bien, ils n'ont plus usé de la sonde et la prostate est diminuée. Les malades du deuxième groupe sont au nombre de 31 avec 9 guérisons complètes (qui datent de trois ans à six mois), 10 améliorations, 12 insuccès. Comme conclusion, il se croit en droit d'affirmer que la vasectomie est une opération qui peut améliorer beaucoup de prostatiques et dans certains cas que nous ne pouvons encore bien déterminer elle fait diminuer le volume de la prostate hypertrophiée et cesser presque tous les phénomènes morbides. L.

III. — Traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection bilatérale des canaux déferents. Résultat négatif; par Henry Reynès (de Marseille)

III — Il s'agit d'un homme de 75 ans, d'une assez bonne constitution, qui, à l'âge de 65 ans, commença à donner les premiers signes d'hypertrophie de la prostate. Depuis cinq ans il est atteint de rétention complète, se sonde 12 à 25 fois par vingt-quatre heures. Les urines sont légèrement troubles; la vessie se contracte faiblement. Cathétérisme avec sonde à béquille 21 qui passe en forçant. Prostate très grosse, également développée à droite et à gauche, pas très dure. Quelques poussées d'orchites de temps en temps.

Le 10 février 1898, avec une anesthésie à la cocaïne (5 centigrammes ont été suffisants pour les deux côtés), résection bilatérale des canaux déférents. Un certain degré d'inflammation des ces canaux et de peridéférentite a rendu un peu pénible leur dissection. Ils sont réséqués sur une longueur de 2 centimètres, entre deux ligatures L'opération se passa bien, et le malade fut bientôt guéri. Mais le résultat thérapeutique est absolument nul. Actuellement, huit mois après l'intervention, le malade est toujours obligé de se sonder presque autant qu'avant la résection des canaux. La prostate n'a pas diminué. Les urines sont plus claires qu'avant, mais cela tient surtout aux précautions que j'ai prescrites pour les cathétérismes. A noter que, pendant les vingt premiers jours après l'opération, le malade a eu quelques troubles psychiques; mais il avait 75 ans, et en avait déjà présenté. Depuis lors, l'état cérébral est d'ailleurs satisfaisant. Actuellement je soumets le malade à un traitement par des tablettes d'extrait prostatique. L.

IV — De l'operation de Bottini; par Nicolich.

IV. — Après Bottini qui ne cessa jamais de proclamer l'utilité de son opération, ce fut Freudenberg de Berlin qui a le mérite d'avoir donné une grande impulsion à la mettre en pratique. Il présenta à cette Association, en octobre 1897, un malade auquel Casper avait sans aucun résultat, pratiqué la castration et qui guérit parfaitement avec l'opération de Bottini. Wilhy Meyer, Casser Moston, Hani sur 24 operés n'ont observe aucun cas de mort après l'opération, et ils sont contents de leurs résultats. Nicolich a opéré cinq malades avec trois guérisons, dans un cas il s'agissait d'une retention complete qui durait depuis dix-huit mois, à présent ce malade vide complètement sa vessie et n'a pas une goutte d'urine résiduelle. Après un tel succes, on ne serait tenté de croire que l'opération soit indiquée dans tous les cas de rétention complète ou incomplète, il n'est pourtant pas de cet avis et il croit après expérience qu'il y a des cas à prostates molles glandulaires qui ne font pas une saillie intravésicale, chez lesquels la vasectomie ou l'angioneurectomie sont plus indiquées que l'opération de Bottini qui pourra très bien reussir dans tous ces cas où le cystoscope démontre que le pourtour du col est occupé par des saillies prostatiques. L.

V. — De la circoncision par le procédé de Rebreyend; par Loumeau (de Bordeaux).

V. — Le procédé de circoncision qui semble le plus rationnel et qui a donné les résultats les plus parfaits à M. Loumeau, est celui decrit par Rebreyend dans les *Annales génito-urinaires* de janvier 1898. Ce procedé, inspiré de celui proposé par Dilfenbach pour le traitement du symphisis, repose sur la nécessité de sacrifier le minimum de peau et le maximum de muqueuse. Le malade etant anesthesié, l'on resèque quelques millimètres à peine de peau tout autour de l'orifice

préputial, saisi et attiré au-devant du gland par deux pinces à forcipressure, placées l'une en haut, l'autre en bas. L'on rétracte ensuite fortement le tégument pénien en arrière, de façon à ménager une précieuse réserve cutanée, et l'on découvre ainsi dans toute son étendue la muqueuse préputiale collée sur le gland. Cette muqueuse est fendue d'avant en arrière d'un coup de ciseaux jusque sur le dos de la couronne. Puis, après dissection des adhérences balano-préputiales s'il en existe, l'on excise les deux oreilles latérales ainsi obtenues de manière à ne laisser du feuillet muqueux qu'une étroite collerette rétro-balanique. Les bords avivés de cette collerette muqueuse et du feuillet cutané sont alors suturés au fin catgut. Dans le cas si fréquent de brièveté concomitante du filet, celui-ci est sectionné au ras du gland et les deux lèvres latérales de la plaie ainsi obtenue sont suturées au catgut. Pour tout pansement, une mince couche de pommade ou de poudre antiseptique est appliquée sur la ligne de suture qui guérit en quelques jours, profondément abritée sous le nouveau prépuce. Celui-ci, exclusivement cutané, est aisément ramené sur le gland où il dissimulera absolument et rendra complètement indolente la cicatrice linéaire de la mutilation subie. L'auteur a pratiqué une vingtaine de fois cette opération chez l'enfant, l'adulte ou le vieillard : tous ses malades n'ont eu qu'à se féliciter du résultat obtenu. Le plus souvent, la rétraction de la peau se fait d'elle-même avec facilité, grâce à la laxité bien bien connue du tissu cellulaire qui sépare les deux lames du fourreau préputial. Lorsque cette laxité a été amoindrie ou annihilée du fait d'inflammations antérieures, la dissection au bistouri, aux ciseaux ou à la sonde cannelée la rétablit complètement, réalisant ainsi les conditions de l'état normal. Nombre de chirurgiens, notamment M. Guiard, avaient déjà constaté la nécessité de sacrifier, dans la circoncision, peu de peau et beaucoup de muqueuse. Mais le mérite d'avoir posé en principe « la résection totale du feuillet muqueux du prépuce avec conservation presque totale de son feuillet cutané » et d'avoir fait systématiquement de ce principe la base d'une méthode nouvelle, parfaitement réglée, paraît revenir à Rebreyend. C'est ce qui a donné à M. Loumeau l'idée de désigner ici du nom de son auteur un procédé opératoire excellent, très simple et digne d'être vulgarisé. L.

VII. — Varicocèle symptomatique des tumeurs rénales; par Héresco.

VII. — Le varicocèle symptomatique des tumeurs malignes du rein, depuis qu'il a été signalé à l'attention des cliniciens par M. le Pr Guyon, n'a été étudié que par M. Legueu. Pour M. Legueu, la cause de ce varicocèle est due à la compression des veines spermatiques par les ganglions dégénérés. Lorsqu'il y a varicocèle, il y a ganglions, et par conséquent l'intervention opératoire n'est pas indiquée.

M. Héresco ayant fait des recherches sur les tumeurs malignes du rein et consultant 170 observations, a trouvé deux ordres de faits : 1° Qu'il y avait des cas où l'abscence du varicocèle avait été marquée malgré l'envahissement des veines par des ganglions (Bérard, Lautzenberg, Albarran, Pierre Delbet) ; 2° qu'il y avait des cas où le varicocèle existait sans ganglions (Boinnet, Le Dentu, Israel, Morestin). Le cas de M. Morestin démontre péremptoirement que le varicocèle était dû à la compression de la tumeur : énorme tumeur du rein droit. Varicocèle. Néphrectomie transpéritonéale. On cherche les ganglions pendant l'opération, on ne les trouve pas. Guérison et disparition du varicocèle après l'opération. C'est la preuve certaine que le varicocèle était dû à la compression veineuse par la tumeur.

Comme conclusion, M. Héresco croit que s'il est difficile d'admettre que le varicocèle est dû à la compression ganglionnaire, il est en mesure d'affirmer que dans certains cas, la compression veineuse et, par conséquent, le varicocèle qui s'ensuit, est produit par la tumeur rénale. L.

Journaux médicaux disparus. — Nous avons le regret d'apprendre la cessation de l'intéressante *Revue du Praticien* que notre distingué confrère, le Dr Alb. Le Blond, médecin de Saint-Lazare, avait fondée dans le but de défendre les intérêts professionnels et de grouper les médecins pour la fondation d'une miaison de retraite du corps médical.

BIBLIOGRAPHIE

Affections chirurgicales du tronc; par le Dr Polaillon. (Octave Doin, Paris, 1898.)

Ce livre de 290 pages contient, exposée en détail, la pratique chirurgicale de l'auteur pendant 18 années. Il n'y est question que des opérations concernant la région ano-rectale, les maladies urinaires communes aux deux sexes, les maladies des organes génitaux de l'homme. La thérapeutique, telle qu'on la concevait autrefois, est largement représentée. C'est ainsi que les hémorrhoïdes procidentes et irréductibles sont traitées par les cautérisations superficielles avec l'acide nitrique fumant ; que le prolapsus du rectum est opéré par les simples cautérisations linéaires au couteau du thermocautère, que les hydrocèles vaginales sont presque toutes traitées par les ponctions simples ou par les injections irritantes. Cependant on relève en de multiples endroits des opérations intéressantes, notamment des opérations de rectum, des néphropexies, des néphrectomies, des laparotomies dont plusieurs ont été couronnées de succès. De sages remarques cliniques mêlées au milieu des chiffres et des relevés d'interventions non sanglantes achèvent de donner à l'ouvrage un réel cachet de personnalité.

L. Longuet.

VARIA

Trépanation dans l'épilepsie.

Dans un travail intéressant de M. Dide, intitulé : *Valeur de la fièvre typhoïde dans l'étiologie de l'épilepsie*, publié dans le dernier numéro de la *Revue de Médecine*, figure une observation relative à un épileptique qui a été trépané : « En 1885, dit l'auteur, Thic... est interné à Bicêtre. En 1887, il subit la trépanation chez M Lucas-Championnière ; on en trouve encore la trace dans la région pariétale gauche. Les crises sont devenues plus fréquentes depuis (hebdomadaires au lieu de mensuelles). »

Nous faisons appel à nos lecteurs pour nous communiquer les cas d'*épileptiques trépanés* qu'ils ont observés, avec l'indication des résultats thérapeutiques qui ont été constatés.

Les Étudiantes en Amérique.

La Faculté de Médecine de Chicago a suspendu le Pr Wiggin à la suite d'une levée de scalpels de trente étudiantes qui suivaient son cours.

Celles-ci accusaient le Professeur d'avoir employé à leur endroit un langage indélicat et d'avoir dit dans une conférence sur les systèmes digestifs des deux sexes : « La femme n'est qu'une chouette dyspeptique. »

Une étudiante s'est levée pour protester et a été sifflée par les étudiants. Aussitôt toutes ses compagnes se sont retirées et sont allées se plaindre des paroles inconvenantes du Pr Wiggin.

Les étudiants demandent la réintégration du professeur dans sa chaire et menacent de se retirer à leur tour pour entrer dans une autre faculté. Ils estiment que les jeunes personnes qui se destinent à la médecine doivent s'accommoder du langage brutal de l'amphithéâtre. (*Gazette des Hôpitaux de Toulouse.*)

Les Végétariens aux États Unis.

Les sectes végétariennes sont nombreuses aux États-Unis. La plus extravagante — mais non la moins florissante — est celle des *Exaltés*. Ces doux maniaques s'interdisent non seulement l'usage de la viande, non seulement celui du lait et de tout produit animal, non seulement celui du pain et des céréales quelconques mais encore celui des légumes. Que peut-il bien rester ? se demande-t-on. Les fruits ! Voilà la vraie nourriture de l'homme. Celui-ci n'est ni carnivore, ni herbivore. Il est frugivore, — comme le singe. Ces *Exaltés*, qui sont plus que végétariens, sont aussi plus que tempérants. Non seulement ils s'interdisent toute boisson distillée ou fermentée, mais encore toute infusion comme le thé, le café et *même l'eau pure !* Encore une fois, que reste-t-il ? Le jus sucré des fruits qui tient lieu à la fois d'aliment et de boisson. Il semble que l'extravagance ne puisse aller plus loin. Mais ne nous hâtons

pas de condamner les *Exaltés*. Dans un article publié par la *Semaine littéraire*, de Genève, où nous puisons ces renseignements, M. Ch. Gide n'hésite pas à déclarer qu' « il y a un instinct scientifique dans ces folies et peut-être quelque pressentiment de l'avenir ». Les fruits contiennent beaucoup de sucre et le sucre est de plus en plus préconisé par les médecins. Charles Fourier — comme le rappelle M. Gide — professait déjà pour les poires, les abricots, les pêches, etc., l'enthousiasme que témoignent aujourd'hui les *Exaltés*. Il déclarait que les fruits, particulièrement sous forme de confitures, tiendraient lieu de pain aux habitants du phalanstère. (*Débats*.)

Enseignement médical libre.

Maladies du système nerveux. — M. Gilles de la Tourette. Polichinique le mercredi à 10 heures, hôpital Saint-Antoine, labotoire Axenfeld.

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. Regnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave Loisel, le vendredi à 5 h. 1/2, rue de l'Estrapade, 18.

NÉCROLOGIE

Le Dr Louis GLANTENAY
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Celui qui meurt jeune est aimé des dieux, affirmaient les Anciens, voulant sans doute excuser la mort qui trop souvent frappe de préférence les meilleurs d'entre nous. Elle vient, hélas! d'enlever à la science chirurgicale française, en la personne de Glantenay, un de ses adeptes les plus distingués et du plus brillant avenir.

Louis Glantenay, dont nous avons la douleur de déplorer la perte, n'avait guère plus de 30 ans. Né à Beaune le 23 novembre 1868, issu d'une vieille famille de vignerons originaires de Volnay, il avait bénéficié de toutes les qualités d'intelligence, de travail et d'énergie de cette forte race bourguignonne. Il termina ses études au collège de Beaune dont il fut l'élève de beaucoup le plus distingué; à tel point que le principal du collège lui conseilla de préparer l'École normale supérieure, l'idéal de tout bon universitaire; mais la vocation de Glantenay pour la médecine s'était déjà énergiquement affirmée, et ses parents l'envoyèrent à l'École préparatoire de Dijon prendre sa première inscription. Il y resta un an et vint à Paris, où ses études médicales ne furent qu'une longue suite de brillants succès. Il aborda les concours sans protection et sut s'imposer sans intrigues. Reçu le troisième à l'externat en 1889, il devint interne des hôpitaux en 1892. Aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, il fut nommé prosecteur en 1895.

Glantenay s'était, dès le début, destiné à la chirurgie. Il fut l'élève de Reclus, Nélaton, Campenon, Poirier, Chaput et Albarran, des Prs Berger et Guyon dont il sut conquérir l'estime et l'amitié. En 1895, un remarquable Mémoire sur la *Chirurgie de l'uretère* lui valut la médaille d'argent des hôpitaux et lui servit de thèse de doctorat. Ce travail considérable permet de présumer quelle place Glantenay aurait occupée dans la chirurgie française s'il eût vécu. En 1897, il publiait un petit traité de *Chirurgie des centres nerveux* (1) où les interventions chirurgicales sur l'encéphale et la moelle sont exposées avec une érudition, une précision et un esprit critique dont paraît seul capable un maître de la chirurgie. A la fin de 1898, Glantenay devenait chirurgien des hôpitaux et, naguère, ses nombreux amis qui l'admiraient sans envie, fêtaient en un banquet cette étape importante mais non définitive de sa carrière. Ils ne se doutaient pas qu'épuisé par le travail, Glantenay serait la proie prématurée de la première maladie infectieuse venue. Ayant eu l'avantage d'être un des amis de Glantenay et d'avoir partagé pendant trop peu de temps, hélas! sa vie laborieuse, il m'est permis de rendre ici hommage au camarade droit et franc, à l'ami sincère qui forçait l'estime et même l'admiration. Je me souviens de la petite chambre de la rue Malus, où Glantenay travaillait parfois jusqu'à l'aube, sans sacrifier pour cela ses fonctions hospitalières qu'il accomplissait avec ponctualité et dévoûment la veille même de ses plus importants concours. Outre une puissance de travail exceptionnelle, qui en faisait une encyclopédie vivante, tant pour les choses de la médecine que pour celles de la chirurgie, Glantenay possédait au plus haut degré cet esprit pratique, cette netteté d'exposition, cette recherche de la clarté et de la précision qui permettaient de prévoir que derrière le travail se cachait une Intelligence et que celui qui était ainsi doué était destiné à devenir quelqu'un. J. Noir.

(1) J.-B. Baillière et fils, édit.

FORMULES

XXVII. — Accidents de la dentition.

Cocaïne.	0 gr. 10 centigr.
Saccharine.	0 gr. 05 —
Glycérine.	20 grammes.
Teinture de vanille.	XX gouttes.

En frictions plusieurs fois par jour avec le doigt ou un tampon d'ouate.

XXVIII. — Hygiène de la bouche chez les enfants.

A partir de 2 ans, chaque matin, nettoyage des dents avec un tampon d'ouate imbibée de l'eau dentifrice suivante :

Acide thymique.	0 gr. 50 centigr.
Acide benzoïque.	5 grammes.
Essence de menthe.	2 gr. 50 centigr.
Essence de badiane	2 grammes.
Teinture de cochenille	6 —
Alcool à 80°.	230 —

Verser dans un verre d'eau une quantité suffisante pour produire un trouble. (Carron de la Carrière.)

XXIX. — Traitement du panaris osseux.

Teinture d'iode.	5 parties.
Teinture de ratanhia.	5 —
Iode métallique.	0,1 —
Iodure de potassium.	2 —
Glycérine.	30 —

Introduire dans l'incision faite au panaris une mèche de gaze imprégnée de cette solution, appliquer un pansement humide et renouveler ces soins tous les jours. (Schuster.)

XXX. — Pastilles contre la fétidité de l'haleine.

Café en poudre.	45 grammes.
Charbon végétal.	15 —
Sucre en poudre.	15 —
Vanille	15 —
Mucilage de gomme du Sénégal. .	Q. S.

M. pour faire des pastilles de 1 gramme. (5 à 6 par jour.)

XXXI. — Poudre contre les condylomes.

Protochlorure d'hydrargyre (calomel)	30 grammes.
Acide borique.	15 —
Acide salicylique.	5 —

Saupoudrez 3 fois par jour les condylomes avec la poudre ci-dessus. (*Philadelphia med. Report.*)

XXXII. — Contre les gastralgies.

Chlorhydrate de morphine. .	0 gr. 01 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne. . .	0 gr. 03 —
Eau de chaux.	100 grammes.

(Dieulafoy.)

XXXIII. — Impétigo vulgaire et eczéma des petits enfants.

Axonge benzoïnée.	12 grammes.
Huile d'olive.	9 —
Précipité rouge.	15 —
Sucre blanc bien pulvérisé. . . .	6 —
Acide phénique de	0 gr. 5 à 0 gr. 50

centigrammes (suivant l'abondance du suintement et de l'intensité des démangeaisons).

Le sucre, avant d'être pulvérisé, doit être déshydraté et séché pendant environ une heure au bain-marie. C'est surtout dans certains cas d'eczéma chronique et suintant de la tête et des oreilles chez les enfants, alors qu'ils étaient très rebelles et très puirigineux que cette formule s'est montrée très active. (A. Morelle.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 fév. au samedi 11 fév. 1899, les naissances ont été au nombre de 1.106, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 403, illégitimes, 172. Total, 575. — *Sexe féminin* : légitimes, 382, illégitimes. 149. Total, 531.

MORTALITE A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 5 fév. au samedi 11 fév. 1899, les décès ont été au nombre de 1.087, savoir : 528 hommes et 559 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 4, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 1 T. 1. — Rougeole : M. 13, F. 13. T.26.—Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 5, F. 7, T. 12. — Diphtérie. Croup : M. 5, F. 7, T. 12. — Grippe : M. 4, F. 6, T. 10. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 81, T. 204. — Méningite tuberculeuse : M. 13. F. 15, T. 28. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 5, T. 13. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 37, T. 55. — Méningite simple : M. 8, F. 11, T. 19. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 36, F. 33, T. 69. — Paralysie, M. 12, F. 5, T. 17. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 4, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 39, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 10, F 17, T. 27. — Bronchite chronique : M. 13, F. 17, T. 30. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 31, T. 54. — Pneumonie : M. 20, F. 35, T 55.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 26, T. 56. – Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 3, T. 15. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 12, F. 15, T. 27. — Sénilité : M. 9, F. 15, T. 24. — Suicides : M 8, F. 3, T. 11. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres causes de mort : M. 67, F. 66, T. 133. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 19. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 5. Total : 24.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — (Année scolaire 1898-1899, second semestre.) — Les cours s'ouvriront à la Sorbonne le mercredi 1er mars 1899. — *Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. — Physique.* 1re section. M. Paul Janet, professeur de Faculté, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 1er mars. Il traitera les lundis mercredis et vendredis, à 9 heures : Acoustique, optique, physique moléculaire et météorologie. 2e section. M. Lucien Poincaré, chargé du cours, continuera ce cours le jeudi 2 mars. Il traitera les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures : Acoustique, optique, physique moléculaire et météorologie. M. Krouchkoll, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique les lundis, mardis, vendredis et samedis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Chimie.* 1re section. M. Joannis, professeur à la Faculté des Sciences de Bordeaux, chargé du cours, continuera ce cours le jeudi 2 mars Il traitera les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures : Métaux, chimie organique. M. Etaix, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 1 h 1/2 à 4 h. 1/2. — *Zoologie.* M. Rémy Perrier, maître de conférences, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 1er mars. Il achèvera l'étude des principaux groupes de Métazoaires. 1re section. Les mercredis, à 10 h 1/2. 2e section. Les jeudis, à 10 h. 1/2. M. Fischer, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie les lundis, mardis, jeudis et samedis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Botanique.* M. Daguillon, maître de conférences, chargé du cours, continuera ce cours le vendredi 3 mars. Il traitera de l'anatomie, de la physiologie et de la classification des plantes vasculaires. 1re section. Les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2. 2e section. Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. M. Chauveaud, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1 2.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le Dr Vincent, médecin de 2e classe, a été promu au grade de médecin de 1re classe, en remplacement de M. le Dr Lombard, admis à la retraite.

COLLÈGE ROYAL DE MÉDECINS DE LONDRES. — *Prix et Médailles Weber-Parkes* (Prix de 150 guinées et 2 médailles d'argent). — La prochaine récompense sera donnée en 1900, et les juges ont choisi, comme sujet de la composition, en cette occasion : « De l'étiologie de la tuberculose humaine et de l'assistance que la connaissance de l'étiologie peut rendre à la prophylaxie. » Les compositions doivent être basées sur des œuvres et observations originales (expérimentales ou autres), et doivent renfermer une exposition détaillée des méthodes employées et de leur mode d'application. Les compositions aussi bien que les préparations faites comme éclaircissement, doivent être soumises au greffier du Collège durant la dernière semaine de mai 1900, d'après le règlement exposé, dont copies seront envoyées du Collège, sur demande faite. La récompense sera donnée avant le 18 octobre de ladite année. — Edward-Liveing MD Registrar, Pall Mall East, Londres S. W.

ERECTION D'UN BUSTE A JEAN HAMEAU. — La Société de Médecine de Bordeaux avait formulé le vœu d'élever un buste à Jean Hameau, ancien médecin à La Teste. Ses travaux sur la pellagre et l'étude sur les virus sont restés justement célèbres. Une commission composée de membres de la Faculté de Médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, de l'Association des médecins de la Gironde et de la presse locale, s'est réunie vendredi soir 10 février à l'Athénée. Le bureau a été constitué de la façon suivante : M. Lande, président, MM. de Nabias et Davezac, vice-présidents. M. Mauriac, secrétaire. M. Hirigoyen, trésorier. Une souscription est ouverte pour l'érection de ce monument. Nous faisons appel à nos abonnés et à nos lecteurs La ville de La Teste dans laquelle sera placé ce monument, a déjà voté, à cette intention, une somme de 2.000 francs. *(Gaz. hebd. des Sc. M. de Bordeaux.)*

CONFÉRENCES. — En présence des vives préoccupations que causent en ce moment à Paris, les dangers de la consommation de l'eau, le Muséum d'Histoire naturelle prépare une conférence qui sera faite par M. Stanislas MEUNIER, professeur, le dimanche 5 mars 1899, à 3 heures, dans le grand Amphithéâtre du Jardin des Plantes et qui sera accompagnée de nombreuses projections électriques par M. Molteni. Les personnes qui désireront assister à cette conférence trouveront des cartes d'entrée à l'Administration du Muséum, tous les jours de 10 heures à 4 heures.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.*— M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HOPITAL ANDRAL. — *Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.* — MM. ALBERT MATHIEU, MAURICE SOUPAULT et J. CH. ROUX. Cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera un mois. — Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic par M. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs. — Pour les renseignements et l'inscription : s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Service des maladies des oreilles, du nez et du larynx.* — M. le Dr LERMOYEZ. Les mardis, cours de technique et de séméiologie spéciales; les samedis, cours de thérapeutique spéciale; les lundis, petite chirurgie du nez, des oreilles et du larynx; les vendredis, opérations (cure radicale de l'otorrhée, des sinusites de la face, etc.).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 9. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 MARS 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE CHIRURGICALE : M. le Pr Duplay. Des luxations anciennes de l'épaule, leçon recueillie par Clado. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*), par L. Fiaux. — BULLETIN : Criminalité des enfants et des adolescents : Statistique. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par A.-F. Plicque; — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir. — REVUE DE CHIMIE BIOLOGIQUE ; Des conditions de formation de l'acide urique dans l'urine, par Weiss ; Dosage de l'indican dans l'urine, par Waug ; Sur l'elimination du phosphore combiné dans l'urine par Œrtel (trav. anal. par P. Cornet). — REVUE DE CHIRURGIE : Blessures de l'uretère par Morris ; Calcul vésical chez l'enfant par Imbert; De la cure des fistules urètrales chez la femme, par Legueu ; Kyste hydatique rétro-vésical, par Heresco ; Tuberculose vésicale, par Clado ; Kystes de l'ovaire et du ligament large enlevés par le vagin, par Delaunay; Kystes hydatiques rétro-vésicaux par Legueu; Cas curieux de lithiase biliaire, par Abbott (an. de Longuet et P. Rellay). — BIBLIOGRAPHIE : Climatologie de la région de Paris, par J. Jaubert (anal. par J. Noir) ; Les troubles de l'appareil digestif comme causes et suites d'autres maladies, par Herz; Les peptones dans l'organisme, par Fiquet (an. de P. Cornet). — VARIA : Banquet A. Gombault ; Le sauvetage sanitaire des soldats américains à Cuba ; La composition de la Chartreuse. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT MEDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE PARIS.
M. le Pr S. DUPLAY.

Des luxations anciennes de l'épaule.

Leçon recueillie par M. le Dr CLADO.

De tous temps, la question du traitement des luxations anciennes de l'épaule a préoccupé les chirurgiens, aussi revient-elle, pour ainsi dire, périodiquement en discussion. Je profiterai de la présence dans notre service, d'un malade atteint de luxation ancienne de l'épaule, pour vous exposer quelle doit être la conduite du chirurgien en présence de cette affection. Le malade qui fera le sujet de cette leçon est un homme de 30 ans, charretier de son état, et entré dans le service le 7 janvier 1897; il est couché au n° 23 de la salle Saint-Landry.

Cet homme jouit d'une bonne santé et ne présente rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels qui soit digne d'être noté. Je ne fais que mentionner une blennorrhagie datant d'un an, et entièrement guérie aujourd'hui. L'accident pour lequel il est entré à l'hôpital date à peine de six semaines. Le 5 décembre dernier, il fit une chute de cheval, dans laquelle son épaule gauche a porté directement sur le sol et a supporté toute la violence du choc. En se relevant, il constata que le bras gauche ne pouvait plus se mouvoir, et demeurait dans une position fixe, écarté du thorax ; l'avant-bras étant dans la demi-flexion. Très rapidement après la chute un gonflement considérable avait envahi l'épaule.

Deux jours plus tard, un médecin fut consulté; il diagnostiqua une fracture et prescrivit des frictions avec l'alcool camphré. Puis, quinze jours après, un autre médecin reconnut une luxation, et pendant deux jours il fit diverses tentatives de réduction qui restèrent sans résultat. Le troisième jour, une nouvelle tentative faite sous le chloroforme demeura aussi infructueuse que les précédentes. Enfin, trois jours plus tard, on essaya une dernière fois de réduire la luxation à l'aide des moufles et, malgré la traction énorme de 200 kilogr. qu'on aurait, — au dire du malade, — mise en œuvre, la luxation resta irréductible. Il faut remarquer que cette dernière tentative fut faite sans chloroforme.

L'examen du malade nous permet de recueillir les renseignements suivants sur son état actuel. Le bras et le coude sont légèrement écartés du tronc, de sorte que si, par la pensée, on prolonge l'axe de l'humérus à la partie supérieure, cet axe, au lieu de passer par son point normal, se trouve rejeté en dedans, et correspond à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la clavicule. Tout gonflement a disparu, et l'on constate que l'épaule est manifestement déformée ; il existe, en effet, un aplatissement du moignon, un léger effacement du creux sous-claviculaire et, au contraire, une saillie exagérée de l'acromion. A la partie postérieure, la région a conservé son aspect normal.

La palpation nous fournit des renseignements plus significatifs. Immédiatement au-dessous de l'acromion, on sent un vide qui permet aux doigts de s'y enfoncer sans rencontrer la tête humérale. Par contre, à la partie inférieure de la région sous-claviculaire, au-dessous des muscles pectoraux, il existe une saillie de forme vaguement sphérique et de consistance osseuse. Du côté du creux axillaire, on retrouve cette même saillie osseuse qui n'est autre que la tête de l'humérus, car non seulement elle continue la direction de cet os, mais elle se déplace aussi avec les mouvements qu'on imprime au bras. Tous les mouvements spontanés ou provoqués sont plus ou moins gênés, et, quoique l'articulation de l'épaule prenne une faible part à leur exécution, il est manifeste qu'ils s'effectuent surtout aux dépens des articulations de la clavicule. L'excursion de l'abduction va à peine jusqu'à 35° ou 40°. Le bras peut être complètement rapproché du tronc. L'extension du bras en arrière est très limitée, mais, par contre, la projection en avant est suffisamment étendue. C'est du reste le mouvement le mieux conservé de l'articulation. La rotation est extrêmement limitée, et la circumduction à peu près nulle.

En résumé, à l'exception du mouvement en avant et du mouvement d'élévation du bras, auxquels les articulations scapulo-claviculaires participent amplement, on peut considérer que les fonctions de l'articulation sca-

pulo-humérale sont gravement compromises. La douleur est médiocre. Spontanément, le malade ne souffre pas et les douleurs provoquées sont très supportables. Il n'existe aucun symptôme de compression nerveuse, mais il semble qu'il y ait un certain degré de compression vasculaire, car la main est d'une coloration violacée que l'on n'observe pas à la main droite. Pour terminer l'examen de ce malade, j'ajoute que ses organes sont sains et que sa santé générale est excellente.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une lésion traumatique déjà assez ancienne dont le diagnostic est des plus aisés. La déformation de l'épaule, le déplacement de l'axe du bras, l'absence de la tête humérale à la place normale, c'est-à-dire au-dessous de l'acromion, à la partie intérieure de l'aisselle, tout cela constitue un ensemble de signes suffisants pour établir le diagnostic de luxation de l'humérus en dedans et en avant.

Il existe, vous le savez, trois variétés de cette luxation, caractérisées par les rapports nouveaux et anormaux qu'affecte la tête humérale soit avec l'apophyse coracoïde, soit avec la clavicule. Ce sont la luxation sous-coracoïdienne, intracoracoïdienne et sous-claviculaire. Chez notre malade, grâce à l'absence de gonflement et grâce au faible développement des muscles, il est possible de constater que la tête humérale se trouve située immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde. Une ligne verticale abaissée du sommet de cette apophyse diviserait la tête de l'humérus en deux parties à peu près égales. Nous devons classer cette luxation dans la variété coracoïdienne complète. De plus, il s'agit d'une luxation qui a résisté aux tentatives de réduction, et, de ce fait, elle pourrait être considérée comme irréductible. En tous cas, comme elle date de six semaines, elle rentre dans la catégorie des luxations anciennes.

Le pronostic des luxations anciennes de l'épaule est plus ou moins sérieux suivant la variété et le degré de déplacement. En ce qui concerne la variété sous-coracoïdienne il existe des cas assez nombreux dans lesquels on peut observer le retour presque complet des fonctions du membre, grâce aux exercices de gymnastique, au massage et à l'électrisation. Malheureusement on ne saurait compter sur cette éventualité qui bien souvent ne se réalise pas; parfois même, malgré le traitement le plus méthodique, les troubles fonctionnels augmentent à mesure qu'on s'éloigne du traumatisme. Chez notre malade, le pronostic de cette luxation ancienne est grave, puisque tous les mouvements de son articulation sont compromis, notamment le mouvement d'élévation, ce qui empêche le malade de porter la main jusqu'à sa tête. De plus, il existe chez lui quelques signes de compression vasculaire se traduisant par une gêne de la circulation veineuse comme l'indique la coloration violacée de sa main. Il est vrai que la compression des nerfs pourrait déterminer ce même état; toutefois, aucun signe de compression des troncs nerveux du plexus brachial — fourmillement, douleurs, troubles sensitifs — n'existant, nous sommes forcés de rapporter la coloration de sa main à une compression vasculaire.

Légère compression vasculaire d'une part, impotence fonctionnelle marquée d'autre part, ce sont là deux symptomes qui confèrent au pronostic une certaine gravité et qui commandent une thérapeutique active. Ajoutons que ces troubles fonctionnels ont une importance plus grande chez l'homme obligé aux travaux manuels que chez la femme, et c'est là encore un facteur qu'on doit faire entrer dans l'appréciation de la gravité du pronostic et de la nécessité de l'intervention.

Etant donné le degré des troubles fonctionnels chez notre malade, il n'y a pas à compter sur le rétablissement des fonctions du membre par les exercices de gymnastique, le massage, l'électricité, etc.; ces divers moyens ne donneraient très vraisemblablement chez lui que des résultats très précaires. Il y a donc indication urgente de chercher à réduire la luxation.

Mais tandis que dans le cas de luxation récente, la réduction est d'ordinaire très facile, elle devient, au contraire, très difficile et souvent même impossible dans le cas de luxation ancienne. Ce n'est pas tout; certaines luxations de l'épaule en avant sont, d'emblée, irréductibles et, de ce fait condamnées, aussitôt après le traumatisme, à rentrer dans la catégorie des luxations invétérées. Les causes de cette irréductibilité immédiate sont nombreuses : la tête peut avoir traversé un espace intermusculaire, une sorte de boutonnière enserrant son col et l'empêchant de revenir dans la cavité glénoïde. Plus souvent, cette boutonnière est formée par les ligaments qui étranglent la tête et opposent une résistance presque invincible à sa réintégration dans la cavité articulaire. Dans d'autres cas, encore très fréquents, c'est l'interposition entre la tête et la cavité glénoïde de la capsule articulaire qui empêche la réduction; parfois, enfin, la cause de l'irréductibilité d'emblée est due à une fracture ou à un arrachement de la grosse tubérosité, laquelle joue le rôle de cale dans la cavité glénoïde.

Mais outre ces cas dans lesquels la luxation est d'emblée irréductible, il en existe d'autres où l'irréductibilité survient secondairement et après un temps plus ou moins long. Tandis que certaines luxations de l'épaule sont devenues irréductibles au bout de quinze jours, d'un mois, on en a vu d'autres se laisser réduire après deux, trois mois, et même davantage. Autrement dit on ne peut préciser à quel moment les lésions consécutives péri ou intra-articulaires se trouvent organisées de façon à constituer l'irréductibilité tardive, ou la luxation invétérée. L'importance clinique, et surtout pronostique, de ces considérations ne vous échappera pas.

Cela établi, examinons rapidement quelles sont les causes de l'irréductibilité tardive, autrement dit les lésions qu'on trouve dans une luxation ancienne. Elles sont de trois ordres et intéressent les ligaments, les muscles ou les os.

Ligaments. — La capsule déchirée pour livrer passage à la tête, se rétracte dans sa partie antérieure; sa partie postérieure couvrant la glène scapulaire à la façon d'un rideau s'épaissit, parfois contracte des adhérences avec elle, et s'oppose ainsi à la rentrée de la tête dans la cavité. Quand la tubérosité humérale a été arrachée, elle vient se placer au niveau de la glène et forme cale, s'opposant encore au retour de la tête en arrière. D'autre part, une nouvelle capsule se forme, constituant le manchon de la néarthrose, et contribue à fixer la tête dans sa nouvelle situation. Quoiqu'on ait surtout insisté sur l'importance des obstacles placés en arrière, et notamment sur le rôle de l'ancienne capsule, la partie antérieure de la capsule néoformée peut être assez dense et assez résistante, à mon avis, pour faire également obstacle à la réduction. Ce n'est pas tout; des adhérences accidentelles peuvent se produire et

unir soit la tête, soit son col, aux parties périphériques. Les brides acromio-humérales avaient déjà été signalées par Malgaigne et il importe de faire remarquer que ces brides fibreuses de nouvelle formation adhèrent quelquefois aux vaisseaux axillaires; on comprend les conséquences d'une semblable disposition, qui peut entraîner la déchirure des vaisseaux dans des efforts violents de réduction.

Muscles. — Les muscles contribuent à l'irréductibilité par suite des déplacements qu'ils peuvent subir du fait de la luxation, ou des adhérences qu'ils contractent dans leurs nouveaux rapports. Je vous signalerai notamment la rétraction de la longue portion du biceps, devenue en même temps adhérente à la capsule. Mais c'est surtout par son déplacement hors de la coulisse bicipitale et les adhérences qu'elle contracte une fois déplacée, que cette portion du biceps devient un obstacle à la réduction.

Os. — Les os, enfin, contribuent pour une grande part à l'irréductibilité dans la luxation ancienne de l'épaule. Indépendamment des fractures, je rappellerai les déformations de la cavité glénoïde, son rétrécissement dû surtout à la formation dans son voisinage de la nouvelle cavité articulaire. L'humérus se déforme aussi. Il présente notamment une encoche à la partie postérieure de sa tête, encoche dans laquelle se loge l'angle saillant formé par la rencontre des deux cavités glénoïdes, l'ancienne et la nouvelle. L'humérus se trouve encore déformé du fait de l'arrachement des tubérosités, et parfois encore du développement à sa surface de stalactites osseuses.

Par suite de ces diverses lésions, la tête humérale se trouve tantôt augmentée, tantôt diminuée dans son volume, en sorte que par suite de l'une ou de l'autre de ces déformations elle ne peut rentrer dans sa cavité, ou une fois rentrée, elle ne peut s'y maintenir.

Le traitement idéal d'une luxation ancienne de l'épaule serait la réduction, comme pour la luxation récente, mais, d'après ce qui précède, on comprend que cette réduction est souvent matériellement impossible. Quoique Kocher ait réussi à obtenir, par son procédé, la réduction de luxations datant de trois ou quatre mois, on peut affirmer que les procédés de douceur échouent presque constamment. C'est seulement par les procédés de force qu'on a des chances de réussir dans la luxation ancienne. Il est bien difficile, comme je l'ai dit tout à l'heure, de préciser jusqu'à quelle époque on est autorisé à tenter la réduction par ces procédés. Toutefois, la clinique semble avoir fixé ce laps de temps à trois ou quatre mois après la luxation, quoiqu'on ait réduit des luxations datant même de huit ans.

La réduction, par le procédé de force, s'obtient à l'aide de moufles avec détente brusque. Le dynamomètre ne doit pas dépasser 50, 60 ou 80 kilogrammes. Autrefois, on tirait jusqu'à 150 et meme 200 kilogrammes. Mais on a eu fréquemment à déplorer de graves accidents. La thèse de Marchant fourmille d'exemples à ce sujet. Parmi les plus graves, je citerai l'arrachement de la peau, du plexus brachial et même l'arrachement du bras; la déchirure des vaisseaux dont Kente a pu réunir 48 observations. Enfin, il faut bien savoir que dans bien des cas, les troubles fonctionnels restent très accusés.

Je tiens encore à vous rappeler que certaines luxations sont irréductibles d'emblée, en sorte que toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'une luxation ancienne qui a déjà été soumise lors de sa production à des tentatives de réduction sous le chloroforme, vous devrez craindre que l'irréductibilité ne soit pas l'effet du temps écoulé, mais qu'elle soit causée par une disposition anatomique spéciale dont on ne pourrait triompher par les procédés de réduction ordinaires, aussi bien ceux de force que ceux de douceur. Vous devrez donc vous montrer très réservés et très prudents dans les tentatives de réduction.

Chez notre malade, une tentative aurait été faite à la campagne, avec une traction de 200 kilogrammes et sans le chloroforme, ce qui est une grave faute. Peut-être eût-on réussi avec moins de force si l'on avait employé le chloroforme.

Quand les manœuvres de force échouent, le chirurgien a à sa disposition différents procédés qui sont :

La section sous-cutanée des ligaments et des brides;

L'ostéotomie du col de l'humérus;

L'arthrotomie, avec ou sans résection.

Polaillon a préconisé la section sous-cutanée des ligaments et des extrémités musculaires; il réduisait ensuite par traction. Ce procédé, aveugle et dangereux, pouvait se justifier jadis, avant l'antisepsie; aujourd'hui il est complètement abandonné.

Certains chirurgiens, Després notamment, renonçant à la réduction, ont proposé l'ostéotomie ou l'ostéoclasie du col huméral, dans le but de créer une pseudarthrose.

Cette conception a été inspirée par un accident qui arrive quelquefois au cours des tentatives de réduction des luxations anciennes, je veux parler de l'ostéoclasie accidentelle donnant lieu à une pseudarthrose. Toutefois, le résultat de cette intervention est incertain. Aussi préférons-nous aujourd'hui l'opération à ciel ouvert, c'est-à-dire l'arthrotomie suivie de réduction, ou en cas d'impossibilité, de résection de la tête humérale.

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer *a priori*, la réduction après arthrotomie est souvent difficile et parfois même impossible, surtout lorsqu'on pratique l'arthrotomie par une incision antérieure suivant le procédé habituel. Par cette incision, en effet, l'insuffisance de la voie ouverte ne permet pas de se rendre compte de la nature et du siège des obstacles; en outre, on se trouve fréquemment dans la nécessité, pour obtenir la réduction, de sectionner la capsule et les tendons, et de produire de larges délabrements, ainsi que cela est arrivé dans les observations rapportées par Lister, Gould, Watson, Cheyne; ce dernier coupa même tous les muscles de l'épaule sauf le grand pectoral. Il y a plus : malgré ces grands délabrements, il est parfois impossible de réduire, ou bien, si la réduction s'opère, on comprend aisément que les fonctions du membre se trouvent considérablement compromises. On ne sera donc pas surpris d'apprendre que Delbet (1), dans un travail basé sur l'étude de 28 cas de réduction sanglante et de 34 cas de résection, soit arrivé à cette conclusion que les résultats fonctionnels sont un peu supérieurs après la résection qu'après la réduction sanglante.

Ma pratique personnelle confirme à peu près cette manière de voir et je donnerais volontiers le conseil de pratiquer immédiatement la résection si, après arthrotomie, la réduction devait exiger des sections tendineuses et musculaires étendues ou nombreuses.

A plus forte raison, la résection de la tête s'impose dans le cas où la réduction est impossible. Malgré cette

(1) *Archives générales de Médecine*, 1893.

tendance à préférer la résection à la réduction sanglante, il ne faut pas perdre de vue que celle-ci resterait probablement supérieure à celle-là, si elle pouvait être obtenue sans ces délabrements dont il vient d'être parlé. Or, la nécessité de ces délabrements me paraît avoir été le plus souvent la conséquence du procédé d'arthrotomie mis en usage, procédé consistant généralement dans l'incision antérieure qui ne permet pas de se rendre un compte exact de la nature et du siège des obstacles à la réduction.

J'emploie depuis quelque temps pour la résection de l'épaule un procédé consistant essentiellement dans la section de l'acromion à sa base et la formation d'un grand lambeau fait aux dépens du deltoïde qui, par son abaissement, découvre largement l'articulation et met à nu la cavité glénoïde. J'ai déjà obtenu d'excellents résultats de ce procédé, grâce auquel j'ai pu reconnaître rapidement et détruire sans délabrement l'obstacle à la rentrée de la tête dans la cavité glénoïde. Le temps ne me permet pas de décrire en détail ce procédé opératoire qui fera prochainement le sujet de la thèse d'un de mes élèves. Si dans l'avenir il est adopté et rend en réalité la réduction des luxations anciennes facile et exempte de grands délabrements, il y aurait lieu de modifier la règle de conduite que je vous traçais tout à l'heure et de donner la préférence à la réduction simple sur la résection.

Chez notre malade, dont la luxation a déjà résisté à plusieurs tentatives de réduction que nous jugeons inutile de renouveler, nous allons donc pratiquer l'arthrotomie suivant mon procédé; si par suite de lésions trop étendues et trop profondes, nous ne pouvons obtenir la réduction sans produire de nombreux et graves dégâts du côté des parties molles, nous pratiquerons séance tenante la résection de la tête humérale qui, ainsi que je vous l'ai dit, fournit souvent un résultat fonctionnel assez satisfaisant.

Quelques mots encore en terminant pour vous rappeler que bien souvent dans les luxations anciennes, aussi bien après la réduction sanglante qu'après la résection, les fonctions de la jointure restent imparfaites. Aussi ne devez-vous jamais oublier ce précepte de n'intervenir par une opération sanglante que dans les cas où le fonctionnement de la néarthrose est absolument défectueux, que le membre est inapte à rendre des services et que l'on a toutes chances de faire gagner quelque chose au malade par l'intervention sans risques de lui rien faire perdre.

Les Épidémies durant la guerre cubaine. — Les soldats espagnols à Cuba ont été décimés par les maladies. Sur 200 000 hommes 100 000 étaient à l'hôpital au bout des deux premiers mois. Les maladies principales ont été : la fièvre jaune (24.590 malades, 7.339 décès); la fièvre palustre (33 402 malades, 306 décès ; le typhus abdominal 1.528 malades, 366 décès); pendant le même temps où la maladie emportait 10.600 victimes, les blessures reçues sur les champs de bataille n'en faisaient mourir que 363. (*Journ. Méd. de Bruxelles.*)

La Consommation du Tabac. — Le tabac passerait-il de mode? Toujours est il qu'en France sa consommation subit une diminution notable et notre pays est loin d'occuper le premier rang parmi les fumeurs. La consommation du tabac serait chez nous par personne et par an de moins de un kilo alors qu'elle est en Norvège, en Suède au Danemark et au Japon, de un kilo et demi, de deux kilos en Allemagne en Grèce, en Turquie, et de deux kilos et demi à trois kilos en Belgique, en Hollande, en Suisse et aux Etats-Unis. Hélas, quand pourrons-nous en dire autant de la consommation de l'alcool pour laquelle on ne nous conteste plus le premier rang !

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*) (1).

Par le Dr L. FIAUX.

I

Genève et sa police des mœurs. — Les textes de lois de 1817 et 1849. — Tolérance des maisons. — Le règlement de 1863 calqué sur l'organisation française. — Scandales de rues; suppression des filles isolées en 1875. — La loi du 27 octobre 1884 organise un service cantonal d'hygiène publique ou Bureau de salubrité. — Les règlements du Conseil d'Etat. — Création du dispensaire de la rue Calvin (1885). — Loi pénale du 26 septembre 1888 contre les délits et contraventions concernant la morale publique. — Interdiction réglementaire des manifestations extérieures de la prostitution dans les rues. — Maintien des maisons. — Résultats de la législation nouvelle. — Abus et scandales des maisons. — Agitation populaire de 1888 à 1896. — Protestations de professeurs d'Universités, de médecins et publicistes. — Procès de tenanciers. — Nomination d'une commission officielle d'enquête. — Pétitionnement pour la suppression des maisons. — Recours au Referendum *constitutionnel. — Projet de loi d'initiative populaire pour la répression de toutes les formes du proxénétisme.*

Genève n'est pas seulement, grâces aux spectacles de son site et à sa reconstruction monumentale, une des belles villes cosmopolites d'Europe ; grâce à son puissant foyer intellectuel et au caractère d'une partie de ses habitants, qui se ressent toujours du principat de Calvin, une très intéressante ville suisse; c'est aussi par le voisinage, la langue et les vicissitudes politiques, une ville un peu française : au point de vue particulier de la police des mœurs, nous y retrouverons jusqu'à la dernière crise, en 1896, presque les mêmes principes et les mêmes pratiques qu'à Paris.

« Je ne connais pas de loi qui ait institué notre réglementation ; c'est affaire d'arrêtés et d'administration du Conseil d'Etat », nous faisait en effet l'honneur de nous écrire M. le Dr A. Vincent (2) : la police des mœurs instaurée sous l'empire à la mode parisienne a subsisté ainsi avec quelques modifications insignifiantes depuis 1815 (3). Un texte de loi de 1817 paraissait cependant

(1) Voir *Progrès médical*, n° 5

(2) Nous tenons à remercier publiquement M. le Dr A. Vincent de la libéralité courtoise avec laquelle il a voulu, malgré la dissemblance d'opinions sur le sujet, nous communiquer les documents statistiques et une partie des documents administratifs qui figurent dans cette étude sur Genève. M. le Dr A. Vincent, professeur d'hygiène à l'Université, directeur du Bureau de salubrité, membre du Grand Conseil, a publié un ensemble de savants travaux de démographie et de médecine publique qui occupent une place importante dans la littérature de l'hygiène médicale et sociale contemporaine; nous citerons notamment ses magistraux mémoires sur l'utilisation des eaux d'égouts au point de vue de la santé publique et de l'industrie agricole, sur la tuberculose humaine et animale, sur plusieurs épidémies de fièvre typhoïde. Ajoutons qu'en 1897, M. le Dr Vincent a quitté la direction du Bureau de salubrité pour devenir membre du pouvoir exécutif cantonal, c'est-à-dire membre du Conseil d'État.

(3) Rappelons toutefois qu'il existait dans le vieux Genève des XVe et XVIe siècles des établissements tolérés concentrés rue Saint-Christophe ; leur groupement s'appelait le *Sérail*, à leur tête était une « reine » qui servait d'intermédiaire dans les rapports admi-

autoriser l'emprisonnement administratif des femmes, et un paragraphe de la loi constitutionnelle du 23 avril 1849 (art. 19) stipulait que « les lois ordinaires continuaient à régler ce qui est relatif aux femmes publiquement livrées à la prostitution ». Quant à l'existence des maisons, l'article 213 du Code pénal genevois ne frappant que l'excitation des mineurs à la débauche, la tolérance de ces établissements se trouvait strictement expliquée.

Telle était la situation de droit et de fait jusqu'au 12 août 1863, époque à laquelle un règlement de police rendu par le Conseil d'Etat concernant particulièrement les filles « dites isolées », vint assimiler d'une façon identique la situation de Genève à la situation de nos grandes villes de France : la police avait droit de mainmise sur les femmes, leur imposait la carte (coût 5 fr.), une visite par semaine à domicile (coût 2 fr.), l'amende, la prison et des visites supplémentaires en cas de refus de visite ou d'absence au moment de la visite, l'internement à l'hôpital en cas de maladie ; il leur était interdit d'aller au spectacle ailleurs qu'à des places déterminées (2es et 3es loges) et sans l'autorisation écrite du commissaire, de sortir après 9 heures du soir, etc.

Cette pratique française suscita des oppositions et des critiques violentes. Son premier effet avait été de légaliser le racolage, la remise de la carte à la femme isolée ne pouvant avoir d'autre résultat ni d'autre objet que d'autoriser la provocation publique des passants. Les abus avaient été tels qu'en 1875 le régime général de la police des mœurs était amputé du régime des filles en carte ; un arrêté nouveau supprimait l'octroi de la patente à la prostitution individuelle (1) ; seuls subsistaient désormais les établissements autorisés de prostitution collective. Fidèle d'ailleurs à la pensée qui lui faisait admettre la nécessité d'une prostitution officiellement reconnue, le Conseil d'Etat, en supprimant ce premier mode, élargissait le second : il portait de douze à dix-huit le nombre des maisons publiques.

Deux ans après, la *Fédération* abolitioniste installait son siège à Genève même et le débat commençait dès lors à se serrer davantage.

Bien que la seule réglementation subsistante portât désormais sur les maisons, les partisans d'une action effective de l'autorité, qui figuraient surtout dans les conseils du gouvernement, suscitèrent deux mesures capitales. Une loi du 27 octobre 1884 avait organisé un grand service cantonal d'hygiène sous le nom de *Bureau de salubrité publique*, défini sa compétence, étendu sa surveillance aux écoles, casernes, fabriques, prisons, industries, épidémies ou épizooties ; s'autorisant de cette loi, un règlement rendu par le Conseil d'Etat, le 13 janvier 1885, complété par un arrêté du 26 février suivant, créait d'abord un dispensaire exclusivement affecté aux femmes soumises à la police par le fait de prostitution reconnue ou présumée, sans que d'ailleurs nul terme de la loi du 27 octobre 1884 désignât la prostitution : toutes les femmes en maison ou *éparses* étaient soumises à une double visite hebdomadaire obligatoire passée désormais dans le local spécial et non plus dans les maisons ou le domicile privé ; une finance de 2 fr. était perçue par visite ; toute femme malade était retenue et internée à l'hôpital cantonal. Enfin, le 26 septembre 1888, le Grand Conseil, sur la proposition du Conseil d'Etat, portait une loi pénale concernant les délits et contraventions contre la morale publique, en vertu de laquelle : toute provocation dans un lieu public, tout scandale d'ordre obscène étaient frappés des arrêts de police de quelques jours à un mois, d'une amende maximum de 50 fr. ; tout tenancier de locaux pour prostitution clandestine était frappé d'un emprisonnement maximum de 30 jours et d'une amende maximum de 500 fr. ; tout proxénète était privé de tous ses droits politiques et partiellement de ses droits civils (art. 12 C. P.).

L'existence des maisons publiques se trouvait ainsi confirmée une fois de plus, bien qu'à cette date le législateur genevois, dans son commentaire de la loi, ajoutât, par l'organe du conseiller d'Etat Dunaut, que la loi du 26 septembre ne donnait, en dépit de son silence, aucune sanction légale au genre de prostitution actuellement toléré, et que sous le régime suppressif de la maison, ce genre de prostitution deviendrait prostitution clandestine. Ce langage officiel n'était pas inutile en présence du mouvement d'opinion provoqué par cet ensemble de mesures et avivé par de sanglants scandales directement issus de la prépondérance définitive octroyée aux maisons.

Malgré les réserves que cette déclaration paraissait sous-entendre, le chiffre des maisons était porté dans la seule ville de Genève à dix-neuf et dès les premiers mois de 1888 le Conseil municipal de la ville, sur la proposition de son Conseil administratif, passait avec un industriel spécial un bail par lequel il lui louait (au prix annuel de 3.000 francs) un immeuble appartenant à la commune pour y exercer le commerce *ad hoc*. Les tenanciers, en possession du monopole, ne connaissaient désormais plus de mesure et leurs exactions diverses se multipliaient. En cette même année 1888, au mois de juin, à quelques jours d'intervalle, deux malheureuses internées se suicidaient en se jetant par la fenêtre pour échapper aux plus abominables traitements ; des enfants de 15 ans, une petite Française du département de la Manche entre autres, échouée là après une série de ventes franco-suisses, étaient séquestrées. Un publiciste de cœur et de bonne audace, M. Charles Ochsenbein, ouvrait une enquête privée sur ces faits, en dénonçait les résultats dans une suite de brochures éloquentes et précises. En même temps que lui, un groupe d'hommes éminents, légistes, médecins, publicistes, professeurs d'Universités, des femmes d'élite : Charles Secrétan, correspondant de l'Institut de France ; Louis Bridel, professeur à l'Université de Genève ; H. Monod, Dr Ladame, Ed. Fatio, E. Picot, A. Audeoud, E. Poulin, A. de Meuron, L. Wuarin, F. Naef, H. Roehrich, etc., Mmes E. de Morsin, H. de Gingins, M. Goegg, E. Audeoud-Monod, E. Capt, Golay, multipliaient les meetings, les conférences, prenaient

nistratifs avec le gouvernement. Ce système prit fin partiellement en 1535, puis totalement en 1555 avec la ruine du parti dit des *Libertins*. Au commencement du XIXe siècle (mars 1801), des maisons quasi officielles sont également signalées dans plusieurs rues de Genève et notamment rue de la Pélisserie. Ces details sont consignés dans divers ouvrages d'érudition ou d'histoire locale (voir entre autres *Supplément* au Dictionnaire de Moreri, Bale, 1743, t. I, p. 902, verbo B... — *Description de Genève ancienne et moderne*, par Henri Mallet, genevois, 1 vol. in-12, Genève, 1807. p. 109, chez Manget et Cherbuliez. — *Fragments historiques sur Genève avant la Réformation* (Lador, 1823, 1 vol. in-8, p. 29, 55, 61, 74, 100, 117).

(1) Officiellement du moins, car dans des documents que nous adressait en 1883 l'Administration municipale genevoise, nous relevons l'existence d'un règlement du 12 août 1881 qui affirme les pénalites contre les femmes manquant à domicile les visites sanitaires, et nous constatons dans les statistiques de 1882 l'existence 38 femmes « *éparses* » inscrites au département de Justice et Police. Une note spéciale porte textuellement : « Les *éparses* sont placées chez une maitresse responsable. »

enfin l'initiative d'un pétitionnement constitutionnel qui, en quelques semaines, réunissait près de 22.000 signatures; le Code pénal en main, ils réclamaient la fermeture des maisons.

Devant cette agitation, le gouvernement genevois dut s'émouvoir (juin-octobre 1888). Cette même année, fertile en évènements, le Conseil d'Etat nommait une Commission d'enquête de 45 membres chargée de faire une étude complète de la réglementation. Cette commission avait été impartialement composée par M. Dunant, directeur du département de justice et police : ses membres appartenaient par partie égale aux deux groupes antagonistes. Le Conseil d'Etat s'engageait à statuer sur la requête des pétitionnaires quand la commission aurait elle-même donné une conclusion à ses travaux.

Le lecteur n'attend pas que nous donnions par le menu le récit des incidents de tout genre qui ont rempli cette longue période de 1888 à 1896, pendant laquelle le gouvernement genevois fit preuve de l'hostile volonté publique la plus indéniable qui fût. Nous rappellerons seulement le procès intenté à M. Ch. Ochsenbein, condamné à une amende de 3.000 francs par les tribunaux cantonaux et fédéral, pour avoir prouvé la séquestration de la petite Française, Marie L..., mineure de 15 ans, chez la tenancière genevoise D..., le chef du service des mœurs soutenant qu'il y avait bien eu internement coercitif plus ou moins autorisé, mais *non inscription régulière!* Nous rappellerons encore l'étrange tactique de M. le conseiller d'Etat Vautier, successeur de M. Dunant au département de justice et police, qui, voyant les travaux de la Commission, après trois ans de recherches, emporter la conviction d'un grand nombre de membres jusque-là favorables à la prostitution officielle, et assurer ainsi en mars 1891, au moment du vote final, une majorité en faveur des conclusions de la pétition, prenait un très simple parti; l'honorable membre du gouvernement, imitant les princes... constitutionnels dans l'embarras et fabriquant une fournée de pairs, changeait tout uniment la majorité de la Commission d'enquête par l'adjonction de six nouveaux membres systématiquement réglementaristes, appelés ainsi, bien qu'ils n'eussent pris aucune part aux travaux, à prendre part aux conclusions. Cette politique entraînait la protestation et la démission de 19 membres de la Commission qui, ainsi réduite, clôturait ses travaux et remettait tous les documents recueillis au gouvernement. Il est inutile d'ajouter que les résultats de l'enquête n'ont point été publiés.

Pour compléter le court historique de cette période où le *statu quo*, grâce à l'inertie du gouvernement genevois et à la ténacité des tenanciers, subsistait dans toute sa rigueur, mentionnons le significatif procès imposé par la *Fédération* à la justice genevoise contre la tenancière Z..., *faisant arrêter à Zurich* et ramener à Genève comme coupable d'escroquerie et d'abus de confiance une fille R. W..., partie de sa maison avec une malle contenant des effets qu'elle n'avait soit-disant point payés (1). Ce fait donne une idée du pouvoir des tenanciers et de la facilité avec laquelle la police les tient partout pour des associés. Les trois dernières années se passèrent ainsi en polémiques, en guerre d'affiches, en réunions publiques, en vaines démarches des associations abolitionistes auprès du Conseil d'Etat pour lui demander de statuer. Il était devenu évident que le gouvernement entendait éluder toute solution nouvelle et opposerait une fin de non-recevoir systématique aux instances les mieux étayées de faits.

(1) Aff. Z. et Rosa W., 9 août 1892. Jugement du 14 déc. 1892, confirmé par la Cour d'appel genevoise le 25 février 1893, condamnant la tenancière à 500 fr. de dommages-intérêts.

Il ne restait plus que le recours au droit d'initiative conféré aux électeurs genevois par la loi constitutionnelle du 5 juillet 1891 : au *Referendum.* C'est à quoi s'arrêtaient les 22.000 pétitionnaires genevois et genevoises, dès les derniers mois de 1895; ils demandaient le plébiscite sur un projet de loi réprimant à la fois le proxénétisme et garantissant la liberté individuelle. Le chiffre des signatures étant atteint et au delà (1), le Grand Conseil n'avait plus que le devoir constitutionnel de sanctionner l'appel au peuple en lui demandant de rejeter ou... d'approuver le projet soumis à son vote.

Mais, auparavant, il convient de donner quelques indications sur le fonctionnement de la réglementation genevoise, sur ses rapports démographiques avec la population cantonale, et d'étudier les statistiques médicales du dispensaire. (*A suivre.*)

(1) La loi constitutionnelle du 5 juillet 1891 (art. 2) porte que tout projet de loi qui aura réuni 2.500 signatures d'électeurs sera soumis à l'approbation du peuple par voie de plébiscite : près de 5.000 électeurs figuraient parmi les pétitionnaires. Le projet fut présenté au commencement d octobre par M. de Meuron au Grand Conseil dont les pouvoirs allaient expirer : les débats furent ajournés à la première session de la nouvelle assemblée. Un avant-projet de réglementation avait été également préparé par le Conseil d'Etat; il fut retiré en présence du dépôt et de l'ajournement du projet d'initiative. Cet avant-projet était accompagné d'un rapport de M. le conseiller d Etat Didier, chef du département de Justice et Police, qui avait fait de nombreux et partiaux emprunts aux mémoires publiés par l'honorable M. Commenge, alors médecin en chef du Dispensaire de Paris.

En ce qui concerne le *Referendum* même, rappelons ici que c'est un terme fort ancien de la langue politique suisse. Dans la première Confédération et notamment dans les cantons à *landsgemeinder* comme les Grisons et le Valais, les deputés ou mieux les delegués à l'assemblée n'exerçaient pas le pouvoir législatif; ils se bornaient à discuter et à rapporter toute proposition législative; il venaient donc *ad audiendum et referendum*, c'est-à-dire pour écouter puis *en référer* au peuple qui exerçait ainsi le gouvernement direct. Plus tard, dans sa forme simpliste, le langage populaire appela *referendum* le vote même du peuple.

FORMULES

—

XL. — Traitement contre les oxyures chez les enfants.

Follicules de séné. . . . . |
Feuilles et fleurs sèches de tanaisie. . . . . | ââ 12 grammes.
Eau. . . . . Q S.
pour obtenir après quinze minutes d'ébullition une décoction de 80 grammes

Ajoutez :

Sulfate de magnésie. . . . . 2 à 3 grammes.
Sirop de manne. . . . . . . 20 —

F. S. A. — Faire prendre en deux fois à un jour d'intervalle. Ce médicament chasse les oxyures de l'intestin grêle dans le gros intestin; on fait alors des irrigations avec :

Savon médicinal. . . . . . . 5 grammes.
Eau. . . . . 1000 —

Irrigations de 1 à 3 litres selon l'âge, que l'on renouvelle durant une semaine et plus pour nettoyer l'intestin.

On administre en outre contre l'anémie due aux oxyures :

Fer porphyrisé. . . . . . . |
Sucre blanc. . . . . | àà 3 grammes.

M. Une pincée trois fois par jour durant une ou deux semaines.

(A. Monti, de Vienne.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Criminalité des enfants et des adolescents · Statistique.

Nous empruntons au *Temps* du 15 février les renseignements suivants relatifs aux arrestations d'enfants et d'adolescents pour délits et crimes. Il s'agit là d'une question médico-sociale dont l'importance n'échappera pas à nos lecteurs.

« Abordons maintenant la partie la plus intéressante de cette statistique : les délits et les crimes commis par les enfants, ou, si l'on préfère le mot, par les jeunes gens. On sait que le Code pénal a fixé à seize ans l'âge au-dessus duquel les peines sont encourues en leur entier. Au-dessous de seize ans se pose la question de discernement. Si le tribunal décide que le mineur de seize ans a agi sans discernement, il l'acquitte et le rend, suivant les circonstances, à sa famille ou l'envoie dans une maison de correction. Si, au contraire, le tribunal apprécie que le jeune délinquant a agi avec discernement, il le frappe de peines correctionnelles atténuées (article 67 du Code pénal).

« Si nous jetons les yeux sur ces statistiques, nous trouvons, en 1898, que 440 enfants âgés de moins de seize ans ont été arrêtés et écroués au Dépôt sous inculpation de vol, 549 sous inculpation de vagabondage, 119 pour mendicité, 13 pour meurtre, chiffre énorme, et 1 pour assassinat. En 1897, les chiffres étaient à peu près les mêmes : 426 pour vol, 511 pour vagabondage, 110 pour mendicité. Déjà, à l'âge le plus tendre, les instincts immoraux ou brutaux se manifestent. En 1898, 6 enfants de moins de seize ans ont été arrêtés pour outrages publics à la pudeur et 15 pour coups et blessures portés à des camarades. En 1897, 10 outrages à la pudeur et 23 inculpations de coups et blessures avaient amené leurs auteurs au Dépôt.

« De seize à vingt ans, le nombre de ces jeunes délinquants quadruple. En 1898, la statistique nous donne le chiffre effrayant de 2.664 jeunes gens, de seize à vingt ans, arrêtés et écroués pour vol, de 2.506 arrêtés et écroués pour vagabondage, de 627 pour mendicité, de 64 pour outrages à la pudeur. Enfin, et ceci est véritablement lamentable : 372 jeunes gens du dit âge sont arrêtés pour coups et blessures et 10 pour assassinats ou tentatives d'assassinat ! Et cette situation se prolonge depuis plusieurs années, sans aucune amélioration, car, en 1897, il y avait eu 12 jeunes gens poursuivis pour assassinats ou tentatives, 429 pour coups et blessures, 344 pour mendicité, 2.709 pour vagabondage et 2.261 pour vol.

« La moralité chez la jeunesse présente donc une situation tristement stationnaire, et, pour certains délits, elle va se dépravant de plus en plus. Nous aurions trop à dire si nous devions rechercher et exposer les motifs de cette déplorable constatation.

« C'est de seize à vingt ans que le crime et le délit battent leur plein. Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur le tableau dressé par le service de la Sûreté, on voit que, de seize à vingt ans, le nombre total des crimes et délits commis a amené l'arrestation et l'envoi au Dépôt de 7.870 jeunes gens des deux sexes (dont 7.140 garçons et 730 filles). Seize à vingt ans ! Des enfants ! »

Cette statistique est lamentable et devrait inciter vivement le Gouvernement et les Administrations municipales des grandes villes à prendre, coute que coûte, les mesures nécessaires pour enrayer le mal. Une bonne part de ce mal provient des familles, de l'hérédité d'abord, des habitudes alcooliques ensuite, et aussi de l'indifférence des familles qui ne surveillent pas leurs enfants, les laissent vagabonder à la sortie de l'école, d'où des fréquentations dangereuses qui aboutissent à des délits ou à des actes criminels. Mais, comme beaucoup de parents, ouvriers, retenus par leur travail, sont absents de leur domicile il faudrait organiser dans toutes les écoles des garderies jusqu'à une heure à déterminer et ne rendre les enfants des écoles primaires que comme on rend les enfants des crèches. Il serait facile d'intéresser les enfants, sans grande fatigue pour eux et pour les maîtres, en organisant des jeux, en leur faisant faire des exercices de gymnastique, en leur donnant des leçons de choses, en les promenant, printemps et été, dans les *jardins* qui devraient être organisés *tous*, en vue des leçons de choses. Dans ce but, fleurs, arbustes et arbres, devraient tous avoir une étiquette donnant le nom, la carte sommaire du pays d'origine, les usages principaux, etc., ainsi que cela existe dans certains jardins ou squares publics (Nantes, Amiens, etc.). Cette première mesure permettrait de diminuer le nombre des enfants errants, et rendrait moins aisé le recrutement des enfants dits criminels.

La *mendicité* peut être enrayée et même supprimée par l'action constante, sans brutalité de la police et surtout par une organisation vraiment républicaine de l'Assistance publique. Malheureusement, nous sommes loin du but. Il n'y a guère de municipalité qui ne soit aise de se débarrasser de ses pauvres et de ses infirmes sur ce qu'on appelle la « charité publique ». On n'a pas encore une idée exacte des devoirs qui, à cet égard, incombent aux communes. Il y aurait économie pourtant à assister les malheureux, au moment opportun, au lieu de faire plus tard des dépenses improductives dans les maisons de correction, les dépôts de mendicité ou les prisons.

Les jeunes *délinquants* deviennent de plus en plus nombreux. Si on les étudiait avec soin, on verrait que beaucoup, en raison de leurs antécédents héréditaires ou personnels, des habitudes d'intempérance des parents, de l'abus ou de l'usage prématuré que les enfants eux-mêmes font du tabac, ainsi que du milieu familial, sont non pas des criminels mais des *malades*. Et pour tous ceux-là, il y a un remède, c'est l'envoi dans des asiles pour les enfants arriérés dans leurs facultés intellectuelles ou atteints d'imbécillité morale, qui devraient exister dans tous les départements. Il ne s'agit pas de « correction de l'enfance coupable » comme l'écrit l'auteur de l'article du *Temps*, mais d'éducation spéciale, complétée par un traitement physique, médical et moral. L'*école*, le redressement moral et non la *correction*. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

MM. CHANTEMESSE et REY ont étudié le *sang chez les érysipélateux* et y ont trouvé des renseignements pour le pronostic : la leucocytose est abondante au moment de l'élévation de la température, et au moment où celle-ci diminue, il y a une chute brusque de cette production. Jamais M. Chantemesse n'a observé de cas de mort lorsqu'il y a formation d'abcès.

MM. TOULOUSE et MARCHAND étudient l'*action de la médication ovarienne sur certains cas d'épilepsie*. Il s'agissait de cinq femmes chez lesquelles la menstruation avait varié depuis l'apparition des accès : La première avait eu une aménorrhée à la suite d'émotion, et le premier accès avait succédé ; deux autres malades n'avaient jamais été réglées ; les deux dernières avaient eu leurs premiers accès à la suite d'ovariotomie et de ménopause. La médication n'a aggravé aucune des malades. Aucun accident ni du côté de l'appareil digestif, de la température et du pouls. Chez les trois malades où la menstruation pouvait se rétablir, elle le fut, chez l'une après 38 jours, chez l'autre après 52 jours. Les vertiges furent diminués chez toutes ; les accès ont été un peu diminués comme nombre.

MM. Gilbert et Weill signalent l'*indicanurie* comme symptôme isolé d'insuffisance hépatique, chez un tuberculeux qui n'avait aucune lésion du tube digestif, mais un gros foie graisseux et chez lequel l'ingestion d'extrait hépatique avait supprimé l'indicanurie.

M. Jolly rappelle l'existence dans le sang de *globules blancs à granulations réfringentes* se colorant par les couleurs acides (cellules éosinophiles à granulations α), et d'autres leucocytes à granulations moins réfringentes se colorant par le mélange d'une couleur acide et d'une couleur basique (cellules neutrophiles à granulations ε). Sur cette dernière variété, M. Jolly dit qu'il a pu varier par la technique l'appétence de la cellule pour les couleurs acides, mais qu'il croit la conclusion de certains auteurs, admettant la transformation de la cellule ε en cellule α comme prématurée, car les degrés intermédiaires n'ont encore jamais été trouvés dans le sang.

MM. Charrin et Nattan Laurier ont vu une jeune femme de 19 ans, morte au septième mois de sa grossesse de *fièvre typhoïde à forme hyperthermique*, et accouchée quelques heures avant sa mort d'un enfant de 1.100 gr. L'enfant a vécu 48 heures. Le foie de cet enfant était dégénéré et graisseux et contenait, ainsi que l'intestin, du staphylocoque doré et du coli-bacille.

M. Claparède. — Chez les individus sains, des objets de même poids sont appréciés différemment suivant leur volume et la force ou la vitesse à déployer pour les soulever; c'est une illusion atavique. Celle-ci fait défaut chez les hypokinesthésiques qui perçoivent de même poids les objets tels, quel que soit leur volume; si l'autre côté est sain, chez ces mêmes sujets, l'illusion reparaît.

MM. Barbier et Frenkel ont observé sur le chien que l'antipyrine diminue aussitôt la diurèse, tandis que le salicylate provoque une diurèse marquée.

M. Weiss fait une communication sur le *muscle au repos ou à l'état d'activité* au point de vue de la contraction.

M. Thomas est élu membre de la Société de Biologie par 20 voix sur 35 votants. E. P.

Séance du 25 *février* 1899. — Présidence de M. Gellé.

MM. Hallion et Carrion font sur la *pathogénie de l'œdème* la communication suivante. Nous avons produit expérimentalement des œdèmes considérables, notamment des œdèmes pulmonaires, en injectant dans le sang des solutions de chlorure de sodium très concentrées. La production de ces œdèmes ne pouvait pas être un phénomène d'osmose, puisque nous augmentions la concentration moléculaire du sang et que nous devions déterminer dès lors, d'après les lois pures de l'osmose, un appel d'eau des tissus vers le sang.

S'il se produit des œdèmes dans ces conditions, c'est que des pertuis se sont formés ou agrandis dans la paroi vasculaire : celle-ci a passé de l'état de membrane dialysante, perméable à l'eau et à certaines molécules dissoutes, à celui de filtre plus ou moins grossier, se laissant traverser même par un certain nombre de globules rouges. D'après ces expériences et d'après un ensemble de faits que nous rapporterons, la paroi des capillaires réalise suivant les lieux et suivant les conditions, les degrés divers de porosité que l'on constate dans la série des diaphragmes inertes, depuis la membrane de Traube perméable seulement aux molécules d'eau, jusqu'aux filtres qui laissent passer des éléments figurés. L'influence des variations de la pression sanguine sur le passage à travers la paroi vasculaire des éléments du sang, en particulier dans le cas d'œdème, s'accommode de cette conception schématique, la porosité d'une membrane élastique devant augmenter avec sa tension. Il est intéressant de rapprocher des œdèmes expérimentaux que nous signalons ceux des cardiaques et des brightiques malades chez lesquels la concentration moléculaire du sang est accrue.

M. Henriot a fait des expériences sur la dialyse et la filtration et est arrivé à la conclusion que c'est un même phénomène. Au microscope, les membranes de dialyse ont des orifices plus petits, et il suffit, sur une surface filtrante de diminuer les orifices (en y faisant déposer un sel de baryte par exemple) pour rendre cette membrane un dialyseur, que peut alors séparer le chlorure de sodium de l'albumine, les molécules de sel passent, celles d'albumine ne passent pas, parce qu'elles sont plus grosses; c'est peut-être par le volume des molécules et par le volume des orifices des membranes filtrantes que pourraient s'expliquer les phénomènes osmotiques.

M. Castaigne a étudié la *glycosurie alimentaire* dans divers cas d'ictère infectieuse. Si la glycosurie alimentaire est négative, il a observé la guérison rapide, tandis que si elle est positive, il y a évolution bien prolongée de l'ictère ou ictère à rechute.

M. Nicolle (de Rouen) a reconnu dans l'eau des puits où buvaient les soldats de la garnison la présence de bacille d'Eberth, et dans ce régiment s'est déclarée la fièvre typhoïde.

MM. Guinard et Martin (de Lyon) ont étudié avec de l'extrait de suc thyroïdien frais, provenant d'un supplicié, l'action sur la tension cardio-vasculaire. Ils ont obtenu une hypertension au début rapidement suivie d'hypotension.

MM. Bardier et Frenkel (de Toulouse). — Employés séparément, l'antipyrine et le salicylate de soude agissent énergiquement sur la sécrétion urinaire, mais quel que soit le mode d'administration des médicaments s'ils sont associés, c'est l'antipyrine qui l'emporte diminuant la diurèse. Son action agit directement par vaso-constriction rénale; tandis que le salicylate de soude élève la pression générale et dilate les vaisseaux rénaux, et son action est beaucoup plus fugace que celle de l'antipyrine.

M. Malassez simplifie la technique de numération des globules blancs.

M. Zachariadès envoie ses recherches sur l'histologie fine des faisceaux conjonctifs. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *février* 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Extirpation totale de l'uretère pour papillome.

MM. Le Dentu et Albarran présentent un malade de 34 ans ayant subi pour papillome une uretérectomie totale. Le décollement du péritoine fut facile, car il n'y avait pas eu d'inflammation ; l'uretère fut coupé le plus possible au ras de la vessie. La guérison fut extrêmement rapide, et la réunion s'obtint par première intention et sans incident, sauf, le sixième jour, une crise d'urémie, dont l'origine a échappé, car l'autre rein avait été trouvé sain à l'examen. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de papillome pur.

Traitement de la lèpre.

M. Hallopeau, à propos d'un travail de M. Patrun Espada, discute le traitement de la lèpre. Ni l'huile de chaulmoogra à haute dose, ni le sérum antilepreux, ni le traitement mercuriel qui donne parfois des améliorations étonnantes n'ont d'action spécifique réelle. On doit faire la part des rémissions considerables qui peuvent survenir spontanément dans la maladie.

Déformation des pieds d'origine cicatricielle.

MM. Hallopeau et Testivint ont étudié par les rayons X une déformation considérable du pied. Cette déformation est due à une brûlure datant de l'enfance et dont la cicatrice a amené la compression du membre.

L'appendicite.

M. Dieulafoy résume la discussion récente de l'Académie et celle de la Société de Chirurgie. Il termine plus énergiquement que jamais par cette conclusion : Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Avec un

diagnostic bien fait, avec l'opération pratiquée au moment voulu et suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents.

Élections.

Ont été élus associés étrangers MM. Lister (d'Edimbourg) à l'unanimité et R. Koch (de Berlin) par 55 voix et 6 bulletins blancs. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février 1899. — Présidence de M. Raymond.

Phénomène oculaire précoce du tabes.

M. Gilles de la Tourette fait remarquer un phénomène oculaire fréquent dans le tabes, qui est très précoce et qui permet de faire le diagnostic à distance : ce phénomène consiste en regard atone et œil brillant, qui se constatent surtout chez les malades à iris brun.

Elimination prolongée du bleu de méthylène par le rein.

MM. Achard et Castaigne ont continué leurs recherches sur l'élimination du bleu de méthylène. Pour constater le prolongement de l'élimination, ces auteurs se servent de nitrobenzine, beaucoup plus sensible que le chloroforme. L'élimination prolongée est un des signes les plus importants de l'appréciation de l'expulsion du bleu de méthylène, car il est parfois difficile de constater le début de l'élimination. La prolongation anormale de l'élimination permet de déceler des troubles du rein avec lésions, ou simplement fonctionnels, même alors qu'il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Maladie d'Adisson.

M. Rendu présente les pièces de deux cas de maladie d'Adisson. Le premier malade est mort de granulie. A son entrée à l'hôpital on s'aperçut de taches pigmentaires de la lèvre en voulant examiner le pharynx. Ce malade n'avait pas d'exagération de la pigmentation de la peau. A l'autopsie on trouva d'un seul côté des tubercules dans une capsule surrénale. Le second malade présentait un cas type de la maladie d'Adisson, la pigmentation étant surtout très accentuée sur la langue. Peu après son entrée à l'hôpital le malade engraissait et allait nettement mieux. M. Rendu administra alors des capsules surrénales de veau; le malade en prit une par jour. De l'œdème survint et l'albumine apparut en quantité dans les urines. Au bout de dix jours le malade mourut subitement. M. Rendu incrimine là non l'albuminurie mais l'intoxication par les capsules surrénales. M. Rendu croit qu'il est possible que la médication opothérapique par les capsules surrénales produise des accidents de ce genre. A l'autopsie du reste on a trouvé des capsules surrénales très altérées, et du pus.

M. Béclère, sans affirmer l'innocuité absolue de l'opothérapie surrénale, croit que les accidents signalés par M. Rendu sont une simple coïncidence. Il a utilisé cette médication absolument sans accident. Il faut se mettre en garde contre les altérations dont les capsules surrénales sont très fréquemment le siège.

M. Thibierge présente, à titre de curiosité, un cas de *maladie d'Adisson chez un nègre*. Il s'est aperçu de la maladie en constatant dans la bouche du sujet des taches pigmentaires. Au reste, la coloration de la peau est notablement plus foncée depuis que ce malade est atteint de cette affection. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 février 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Traitement de l'appendicite.

M. Michaux admet que le traitement médical peut être défendu, à condition de suivre le malade de très près. Mais devant les dangers que présente l'expectation, il n'hésite pas à se ranger du côté de l'opération hâtive. La temporisation, en effet, en retardant l'opération, expose le malade aux plus grands dangers. La péritonite septique diffuse est plus fréquente qu'on ne le croit. Sur 80 cas d'appendicite, M. Michaux a observé 8 cas de péritonite diffuse. Or, celle-ci évolue parfois sourdement et peut être méconnue pendant un certain temps; elle est très grave, et seule l'intervention d'emblée pourrait la combattre avec succès.

M. Gérard-Marchant a opéré 56 cas d'appendicite qui se résument ainsi : 14 opérations à froid; 37 opérations pour abcès appendiculaires avec 2 morts; 5 opérations pour péritonite avec 3 morts; soit 5 morts sur 56 opérations. L'accord est fait sur la nécessité d'opérer toutes les appendicites avec abcès ou péritonite. Quant aux appendicites où on ne constate que de la douleur, sans autre phénomène local ou général, il n'y a pas lieu d'opérer, car le plus souvent le traitement médical fait cesser les accidents. Mais si ces crises se reproduisent, l'opération devient utile, car il y a lieu de croire que l'appendice est infecté. Le diagnostic de ces appendicites douloureuses est fort difficile, et si l'on se base sur le seul élement douleur, on s'expose à de regrettables erreurs de diagnostic et partant à des interventions inutiles. Ces restrictions faites, M. Gérard-Marchant se déclare partisan convaincu de l'opération, chaque fois qu'il existe dans la fosse iliaque de l'empâtement, quelque chose de tangible, et *a fortiori* des abcès ou une péritonite. A quel moment convient-il d'opérer dans ces diverses modalités cliniques? En dehors des formes plastiques de l'appendicite, où le cæcum, renflé en boudin, est entouré par le grand épiploon qui forme une barrière protectrice autour du foyer infectant de l'appendice, formes pour lesquelles on peut attendre sans danger la fin de la période aiguë et opérer à froid, M. Gérard-Marchant ne comprend guère, chez l'adulte, l'expectation. Temporiser, en cas d'abcès au sein du péritoine, lui semble illogique et dangereux.

M. Hartmann fait voir combien la discussion actuelle peut exercer une influence néfaste sur l'esprit des médecins, qui seront portés à croire que M. Dieulafoy a exagéré et que l'on tend à revenir au vieux traitement médical de la typhlite. Il importe au contraire de leur faire entendre que l'appendicite continue à être pour nous une affection d'ordre chirurgical. Nous ne voulons pas qu'un malade garde un appendice perforé et nous sommes à peu près tous de l'avis de Roux qui disait en 1895, au Congrès de Chirurgie : « Le seul moyen de guérison absolue pour tout individu qui a eu, ne fût-ce qu'une crise d'appendicite, c'est d'avoir son appendice dans sa poche.» En effet, tout appendice malade réclame une opération. Si nous reconnaissons la nécessité de l'opération dans l'appendicite, il est un point qui nous sépare, c'est la question du moment le plus favorable pour l'intervention. M. Hartmann n'hésite pas à adopter la formule de Dieulafoy : l'intervention chirurgicale doit être faite en temps opportun, spécifiant que faire l'opération en temps opportun, c'est la faire dans les 24 heures qui suivent l'éclosion de l'appendicite. Attendre pour voir comment la maladie va évoluer, c'est attendre pour voir s'il va se développer une de ces péritonites généralisées, qui sont le plus souvent mortelles. L'idéal est d'opérer avant cette complication; c'est la seule manière d'opérer toujours à temps. M. Hartmann déclare que s'il avait une appendicite, il se ferait opérer, non dans les 24, mais dans les 12 premières heures. La mortalité de 18 0/0, donnée par l'ensemble des statistiques, se réduirait presque à néant, si l'opération était faite dès le diagnostic posé. Les statistiques changeraient du tout au tout, si médecins et chirurgiens pouvaient se convaincre qu'il y a intérêt à traiter l'appendicite comme la hernie étranglée. Cette conduite est plus prudente, plus sage dans son exagération apparente, que cette attente anxieuse, où nous tient l'expectation.

De l'emploi du masque au cours des opérations.

M. Berger, pensant que les particules salivaires projetées en parlant au cours des opérations, pouvaient causer l'infection des plaies, a adopté l'usage systématique du couvre-bouche. M. Berger est convaincu de son utilité, parce que, depuis qu'il en fait usage, ses résultats opératoires se sont bien améliorés.

M. Terrier ne se sert pas du masque, car c'est par les mains de l'opérateur que se fait le plus souvent l'infection des plaies. L'expérience démontre que les fils, aseptiques au début de l'opération, sont infectés à la fin par le staphylocoque blanc. C'est aussi à la fin de l'opération qu'on a les mains septiques.

D'où la conclusion de manier les fils le moins possible pour en éviter la souillure.

M. BERGER présente un malade qui a subi l'amputation interscapulo-thoracique pour un *myxome central de l'humérus.*

M. MONOD présente une malade chez qui il a réduit une *luxation congénitale de la hanche,* il y a deux ans, par le procédé de Lorenz

M. SEBILEAU présente une jeune femme atteinte d'une *tumeur de la face d'origine congénitale.*

M. PICQUÉ présente un rein qu'il a enlevé chez une malade qui avait subi l'an dernier la *néphrotomie* pour pyélonéphrite suppurée. Paul RELLAY.

REVUE DE CHIMIE BIOLOGIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET.

I. — Des conditions de formation de l'acide urique. (Beiträge zur Erforschung der Bedingungen des Harnsaürebildung), von Dr Weiss (*Hoppe Zeyler's Zeitsch. für Physiolog. chim.*, 1898).

I. — Wöhler a signalé le premier que dans l'urine des veaux qui tétent, et aussi longtemps que ces animaux ne prennent que du lait, on trouve de l'acide urique dans l'urine, à l'exclusion d'acide hippurique; mais dès qu'advient la nourriture végétale, alors disparaît le premier acide pour faire place au second. C'est cette idée qui a poussé le Dr Weiss à faire de nouvelles expériences à l'aide des nouvelles méthodes, d'autant que l'assertion de Wohler a été mise en doute par Horbaczewski. Or, l'urine d'un veau à la période d'allaitement donna 0 gr. 005 milligr. d'acide urique pour 200 cc. de liquide, et 0 gr. 0545 lors de l'alimentation par le foin. Au contraire, plus digne de remarque est la démonstration de Wöhler sur la *cure de cerises* particulièrement préconisée dans le traitement de la goutte, de même que sur la *cure de fraises,* par laquelle Linné s'est débarrassé de la diathèse goutteuse qui le tenait depuis longtemps (1). Dans les recherches que l'auteur a faites avec des fruits, il y a eu abaissement sensible de l'élimination d'acide urique.

Expériences I, II, III, IV. — Le Dr Weiss les fit sur lui-même, avec une alimentation constante en viande, pain, beurre, eau, eau salée et sucre, à laquelle furent ajoutés des poids déterminés de fruits. Voici les résultats :

	Urine	Ac de urique.	Acide hippurique.
1° Jour normal.	1340 cc.	0gr7204	0gr000
1 livre 1/2 de cerises	860	0 3903	0 3622
2° Jour normal.	1256	0 7215	0 000
1 livre de fraises des bois . . .	1020	0 5320	0 5110
3° Jour normal.	1850	0 8500	0 000
1 livre 1/2 de cerises sèches. .	1725	0 4614	0 000
4° Jour normal.	1805	0 6877	0 000
2 livres de raisin.	2200	0 5580	0 6917

Dans les dernières ordonnances les grains de raisin furent pris sans leur enveloppe. A coté de la diminution d'acide urique, il y eut dans toutes les recherches une notable augmentation d'acide hippurique aux jours d'expériences, tandis qu'aux jours normaux la quantité de cet acide était impondérable. Y a-t-il dans les fruits quelque substance qui provoque cette apparition? Pour le savoir, de nouvelles recherches furent faites, dans lesquelles, à une nourriture toujours égale, furent ajoutés du bitartrate de potasse, du tannin, du sucre et de l'acide quinique. Or il y eut augmentation d'acide hippurique, notamment après usage d'acide quinique, ainsi, d'ailleurs, que cela est connu depuis longtemps (2). Malheureusement le dosage de cette substance dans les fruits présente de très grandes difficultés. Enfin, le Dr Weiss a fait d'autres essais avec deux autres substances, la glycérine et l'acide lactique, en partant de ce principe que l'acide urique est le diuréide de l'acide trioxyacrylique, et que l'acide hippurique a été formé synthétiquement avec l'acide trichlorolactique et l'acide urique. Quant à l'acide urique, Minkowski a établi (1) que l'on trouve, dans l'urine des canards dont le foie a été enlevé, que l'élimination de l'acide urique est en même temps diminuée. Les résultats des recherches de l'auteur furent négatifs, contrairement à Horbaczewski (2) qui a trouvé, avec la glycérine, une forte augmentation d'acide urique.

(1) Ebstein, *das Regimen bei der Gicht.* Wiesbaden, 1885, p. 49.

(2) En particulier après usage de reine-claude (Harten).

II. — Dosage de l'indican dans l'urine ; par WANG, de Cristiana. (In *Hoppe Zeyler's Zeitsch. f. Phys. chim,*, 1898, n° 25.)

II. — Les méthodes employées jusqu'ici pour doser l'indican dans l'urine, sont, ou tellement compliquées qu'elles sont peu pratiques, ou alors trop peu précises. Le procédé de Wang consiste à convertir la totalité d'indican en indigo, d'après la méthode d'Obermayer, puis en indigosulfide, et à titrer ce dernier avec une solution de permanganate de potasse. A cet effet, on précipite l'urine avec une solution d'acétate de plomb à 20 0/0, et l'on additionne le filtrat d'un égal volume du réactif d'Obermayer (3). Le mélange est agité plusieurs fois (une minute environ chaque fois), avec du chloroforme, jusqu'à ce que ce liquide reste incolore. Les extraits chloroformés sont réunis dans un ballon de verre; on en sépare le chloroforme par distillation; le résidu est desséché au bain-marie pendant quelques minutes, et additionné de 3 à 4 mill. c. d'acide sulfurique. Après 24 heures, on dissout le contenu du matras dans 10 cc. environ d'eau froide, avec laquelle on lave le vase. Il ne reste plus qu'à titrer avec la solution de permanganate de potasse.

III. — Sur l'élimination du phosphore combiné dans l'urine : par HORST ŒRTEL. (In *Hoppe Zeyler's Zeitsch. fur Phys. Chemie.* 1898, n° 26, p. 123 et suivantes.

III. — C'est Roland qui a démontré le premier (4) que, comme pour l'élimination du soufre, une partie du phosphore de l'urine existe sous une forme autre que celle d'acide phosphorique. Des combinaisons organiques du phosphore ont été trouvées dans différents tissus d'animaux ainsi que dans les excréments, et c'est Klüpfel et Fehling qui les ont découvertes dans l'urine. Œrtel indique une méthode pour la détermination du phosphore combiné, ainsi que certaines recherches auxquelles il s'est livré, au point de vue de l'influence du travail musculaire sur cette élimination. Les premiers résultats en dehors du procédé d'analyse pondérale qu'il n'y a pas lieu de reproduire ici, montrent que l'influence du travail musculaire n'est pas évidente. Le phosphore total et l'azote ne furent pas diminués. D'où l'on peut conclure que l'élimination des combinaisons organiques du phosphore ne dépend pas seulement de la décomposition du tissu nerveux, pas plus que de l'alimentation. Mais il faut reconnaître que certaines conditions, encore inconnues, sont capables de jouer un rôle. Par exemple, les états pathologiques, dans lesquels il existe une déchéance, en particulier des tissus riches en nucléine et en nucléone, peuvent offrir quelque donnée intéressante. Il est vraisemblable que la détermination du phosphore organique dans ces différents états donnerait des renseignements précieux sur les échanges nutritifs des tissus.

(1) *Arch. f. exper. Pathol. und Pharmac.*, 1886, n° 22.

(2) *Monatsch. f. Chemie,* VII, p. 105.

(3) Formé d'acide chlorhydrique concentré (D = 1,19) auquel on ajoute 2 grammes de protochlorure de fer.

(4) *Philosophical transactions*, 1864, p. 463.

CURIEUSE CONSTATATION.— Le *Temps* relate que les docteurs de New-York ont trouvé une bien plaisante explication de l'augmentation de 51 à 53 0/0 des naissances d'enfants mâles relevées pendant les deux derniers mois dans les statistiques du Conseil d'hygiène de la grande métropole américaine. Plusieurs d'entre eux attribuent cet arrivage plus considérable que d'ordinaire des enfants du sexe masculin à l'esprit martial qui s'est emparé de la population avant et pendant la guerre avec l'Espagne. Le Dr Tracy, du Conseil d'hygiène, sans embrasser absolument cette opinion dit que la coïncidence n'en est pas moins frappante. La théorie attirera sans doute l'attention du Dr Schenk qui n'avait pas songé aux influences morales de cette nature sur la procréation des enfants de l'un et l'autre sexes.

REVUE DE CHIRURGIE

VII — Blessures de l'uretère; par Henry Morris. (*Edinburgh Medical Journal*, janv. 1898.)

VII.—L'uretère, en raison de sa situation profonde, est à l'abri des traumatismes directs; aussi ses blessures sont-elles fort rares. L'auteur, en compulsant la littérature médicale, n'a relevé que 13 cas de blessures limitées à l'uretère, sans participation du rein. Il devient nécessaire, malgré cette rareté, de décrire cet accident, car les progrès de la chirurgie de l'uretère peuvent permettre d'intervenir avec succès. La gravité de l'accident est variable, suivant que la plaie est ouverte ou fermée, suivant qu'elle est intra ou extra-péritonéale. Il ne faut pas décrire comme blessures de l'uretère celles du bassinet, ce dernier faisant partie du rein plus que de l'uretère.

Il faut en général un traumatisme assez violent pour blesser l'uretère (coup de pied de cheval, écrasement entre deux corps durs, chutes à terre). Le mécanisme de la rupture de l'uretère est mal connu. Tuffier pense que l'uretère s'écrase sur l'apophyse transverse de la première lombaire. Il se peut que le bassinet se rupture ainsi, mais non pas l'uretère qui commence au-dessous. Dans un cas suivi de mort, Poland a observé la fracture des apophyses transverses des trois premières lombaires. Le Dentu pense que l'uretère peut se rompre sous l'influence d'un déplacement brusque et violent du rein. Selon que l'ouverture de l'uretère intéresse ou non le péritoine, l'urine se répand dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire. L'uretère peut par la suite s'oblitérer soit par sa propre cicatrisation, soit par la rétraction des tissus ambiants, soit par la descente d'un caillot descendu du rein qui vient en fermer la lumière. Cette occlusion de l'uretère entraine tôt ou tard la formation d'une tumeur, qui peut être une hydronéphrose ou une pyonéphrose. Quand l'uretère est oblitéré par un caillot, c'est l'atrophie du rein qui se produit.

Dans un cas de Chaput la collection d'urine communiquait avec le cæcum.

Les symptômes n'offrent rien de caractéristique. La douleur du début tient au traumatisme. L'hématurie fait défaut ou n'est que très légère quand l'uretère seul est rompu. Ce n'est que plus tard que se montrent les troubles urinaires. L'urine en s'accumulant derrière le péritoine produit un gonflement de l'abdomen, nettement limité à la palpation. L'époque de son apparition dépend du genre de rupture de l'uretère et du degré de sa perméabilité. Cette collection d'urine venant à suppurer, l'infection se traduit par des frissons, de la fièvre. Quand la tumeur siège dans le rein lui-même, elle apparaît beaucoup plus tard.

La tumeur est le meilleur élément de diagnostic. Quand on voit ce gonflement de l'abdomen se produire trois ou quatre jours après un traumatisme, on doit penser à une rupture de l'uretère. Il est impossible de distinguer cliniquement cette rupture de celle du bassinet. Cet accident ne met pas la vie en danger, si le péritoine est indemne. Le pronostic est favorable, si l'on opère de suite avant l'apparition des lésions rénales. La suture immédiate, tel est le procédé de choix. Par une incision lombaire, on évacue le liquide et on va explorer le bassinet. On cherche à suivre l'uretère et à trouver le siège de sa rupture, ce qui est très difficile au milieu de tous ces tissus modifiés. Si on peut atteindre les deux bouts, on les réunit. Si on ne peut y arriver, une fistule permanente est la conséquence de l'opération, mais cette fistule permet au rein de fonctionner librement. En cas des complications rénales infectieuses, on peut être amené plus tard à faire une néphrectomie secondaire.

P. Rellay.

VIII. — Calcul vésical chez l'enfant; par Imbert (de Montpellier).

VIII. — L'auteur rapporte une observation de calcul de la vessie chez un enfant de 4 ans, opéré par la taille hypogastrique. L'affection avait débuté depuis 2 ans par des troubles de la miction consistant en ce que l'urine était émise par gouttes et non par jet. Peu de temps après se produisirent deux hématuries terminales de courte durée.

Enfin suivirent quelques douleurs intermittentes peu intenses. Deux ans après le début de la maladie, au mois de mai 1890, à la suite d'une éruption vaccinale généralisée, les douleurs devinrent rapidement extrêmement vives; les mictions étaient incessantes et très douloureuses et l'état général s'aggravait visiblement. Après s'être assuré par le cathétérisme de la présence d'un calcul, l'auteur pratiqua avec l'aide du Dr Reynes la taille hypogastrique, le 15 juin; il put extraire un calcul urique du volume d'une amande recouvert d'une enveloppe phosphatique. La plaie fut drainée et le malade était guéri au bout d'un mois environ.

La lithotritie n'a pu ici être faite en raison de l'état douloureux de la vessie, état qui aurait dû être calmé par des instillations de nitrate d'argent; or il s'agissait d'un enfant qui supportait très difficilement le cathétérisme et qui, au contraire, a toléré parfaitement les pansements à plat faits sur une vessie calmée par l'ablation du calcul.

IX. — De la cure des fistules urétrales chez la femme; par F. Legueu.

IX. — Certaines fistules urétrales, chez la femme, sont difficiles à guérir par l'avivement simple. Le procédé du dédoublement, qui, dans les fistules vésico-vaginales, donne de très bons résultats, peut être avec avantage appliqué à la cure radicale de ces fistules. Legueu a eu à traiter une fistule urétro-vaginale, d'une largeur d'une pièce de cinquante centimes, consécutive à l'excision d'une urétrocèle. Sur une longue étendue, en avant, en arrière et au niveau de la fistule, il a dédoublé les muqueuses urétrale ou vaginale. Il lui fut alors facile de réunir séparément l'uretère par des points de catgut, la paroi vaginale par des fils d'argent. La réunion fut obtenue dans un seul temps; la sonde à demeure fut maintenue quatre jours et les fils enlevés au quinzième jour. Dans ces cas, il ne faut pas se contenter de dédoubler au niveau même sur les lèvres de la fistule : il faut étendre le dédoublement assez loin en avant et en arrière, de manière à obtenir une mobilisation suffisante des lambeaux.

X. — Kyste hydatique rétro-vésical; par Héresco.

X. — Hérésco expose l'observation d'un cas de kyste hydatique rétro-vésical, probablement prostatique, du service de M. le professeur Guyon. Les premiers symptômes se sont traduits par une rétention aiguë complète d'urine. Cette rétention survenait le matin, quand la vessie était pleine si bien que le malade se faisait réveiller la nuit pour uriner. Plusieurs fois cette rétention n'eut pas de suite, mais le 13 juillet dernier, il fut pris d'une rétention plus persistante que d'habitude. Il fut envoyé à Necker, dans le service du Pr Guyon. Il y fut sondé. Mais le toucher rectal décela une grosse prostate, comme le poing, molle, fluctuante. Il lui fit la taille prérectale. Il s'est écoulé un peu de liquide. Il a drainé et les suites ont montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique; par le drain laissé dans la prostate, il s'est écoulé des hydatides et des membranes de kyste. La poche s'est rétrécie, le malade est presque guéri, puisque le drain n'a plus que trois centimètres.

XI. — Tuberculose vésicale; par Clado.

XI. — L'auteur expose trois observations de tuberculoses vésicales opérées et guéries par la cystotomie, le curettage et la cautérisation de la face interne de la vessie. Dans un cas même, il a extirpé cinq ulcérations tuberculeuses au bistouri et suturé la muqueuse incisée. Il conclut que : 1° Dans les éruptions tuberculeuses sans ulcération le traitement médical est de mise, mais en cas d'échec il sera suivi de la cystotomie. 2° Dans les cystites tuberculeuses avec ulcération, le seul traitement est la taille avec extirpation des tissus malades. La vessie doit rester ouverte pendant un mois et demi environ et soumise à des attouchements locaux (sulfate de cuivre, sublimé, etc.). 3° Que l'opération est bénigne et d'une incontestable efficacité.

XII. — Kystes de l'ovaire et du ligament large enlevés par le vagin; par Delaunay.

XII. — M. Delaunay conclut de ses observations que, d'une façon générale, tout kyste ne dépassant pas le volume d'une tête d'adulte et appréciable par le vagin peut être enlevé par

cette voie et cela sans qu'il soit nécessaire de faire l'hystérectomie.

On doit ouvrir, soit le cul-de-sac antérieur, soit le cul-de-sac postérieur, suivant que le kyste fait saillie ou en avant ou en arrière ou latéralement. Il y a des réserves à faire sur les cas où le diagnostic d'adhérence serait porté et sur ceux où l'étroitesse du vagin serait un obstacle. L. LONGUET.

XIII. — Kystes hydatiques rétrovésicaux; par F. LEGUEU.

XIII. — L'auteur a observé un malade de 24 ans, qui présentait, depuis quelques mois, des mictions fréquentes sans douleurs et les urines claires. Au palper de l'abdomen, il constatait une tumeur lisse, régulière, qui, sortant de l'excavation, remontait à trois travers de doigt au-dessus du pubis et s'étendait dans le sens transversal à toute la largeur du petit bassin. Par le toucher rectal, on constatait la même tumeur descendant jusqu'au niveau du cul-de-sac vésico-rectal. La vessie étant indépendante de la tumeur. On la sentait refoulée au-dessus du pubis dans la région inguinale droite sous forme d'un globe arrondi à l'état de distension, sous forme d'une tumeur flasque, à l'état de vacuité. La tumeur était résistante et tendue ; il diagnostiquait un kyste hydatique rétrovésical.

La laparotomie avec ouverture du péritoine lui montra que la tumeur était développée au-dessous de la séreuse, qui était intacte et seulement refoulée. Après avoir refermé le péritoine, il ouvrit la poche au-dessus du pubis et évacua une grande quantité de liquide avec des vésicules filles. Il put exciser une assez grande étendue de la poche : mais au delà d'un certain niveau, il était impossible de séparer la poche du péritoine des parois de l'excavation, avec lesquels elle était entièrement adhérente. Il marsupialisait la poche, qui se combla dans l'espace de six semaines. L'incision abdominale a l'avantage sur l'incision périnéale de permettre d'enlever une partie de la poche. En outre, grâce à la laparotomie préliminaire, il a pu se rendre compte que le kyste était sous-péritonéal et s'était développé dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie du rectum.

XIV. — Cas curieux de lithiase biliaire (*An unusual case of gall stone*); par ABBOTT (*Northwestern Lancet*, mars 1898).

XIV. — Une femme de 37 ans présente une grosse tumeur abdominale qui remplit la région ombilicale et la région lombaire du côté droit. Comme signes fonctionnels, elle présente des douleurs diffuses dans l'abdomen et des vomissements. On note aussi une teinte ictérique. Les urines contiennent du pus et on s'assure par le cathétérisme des uretères que le pus provient du rein droit. On fait le diagnostic de périnéphrite, avec des réserves sur l'existence d'un calcul rénal. La tumeur semblait ne pas avoir de connexions avec le foie; elle bombait dans la région lombaire, et c'est en ce point qu'on fit l'incision, comme pour une néphrotomie. On trouve que la tumeur est constituée par une poche à parois friables, passant au-dessus du rein droit, et remplie de calculs (on en retira 300). La malade meurt de péritonite et on trouve à l'autopsie une large cavité qui fait communiquer la vésicule biliaire avec l'incision lombaire, en passsant derrière le rein droit. Elle avait pour parois le foie, le rein, le côlon, réunis entre eux par des adhérences. Elle contenait un mélange de pus et de bile, où baignaient de nombreux calculs. Le rein droit présentait des lésions de néphrite très prononcées.

Ce cas est intéressant par les difficultés de diagnostic qu'il présentait. P. RELLAY.

HYGIÈNE MILITAIRE. — Hier sont arrivés à Evreux tout un régiment de 28 jours, tant au quartier de cavalerie qu'à la caserne Amey. Nous plaignons vraiment tous ceux qui, par ces nuits où il gèle à 10 degrés, sont obligés d'aller loger dans les deux casernes Varillon. (*Le Rappel de l'Eure* du 1er mars). — Avis à qui de droit.

L'ASSOCIATION DES AMBULANCIERS DE FRANCE vient d'inaugurer l'hôpital international de Paris, 180, rue de Vaugirard, ses conférences pour l'année 1899. La première conférence a été faite par le Dr Bilhaut, chirurgien, sur un sujet d'actualité : *les secours chirurgicaux instantanés sur la voie publique et à l'hôpital*. Samedi prochain, 4 mars, à 9 heures du soir, le Dr Paul Cornet fera une leçon sur l'*alimentation des malades*.

BIBLIOGRAPHIE

Climatologie de la région de Paris; par J. JAUBERT, chef du service physique et météorologique de l'Observatoire municipal de Montsouris. (Baudry et Cie, édit., 1898.)

M. Jaubert s'est proposé, en écrivant cette étude, dont on doit à la fois le féliciter et le remercier, d'éviter de difficiles et longues recherches à tous ceux qui désirent se renseigner sur la climatologie de Paris et parmi lesquels les hygiénistes et les médecins tiennent une large part.

La *pression barométrique* éprouve une double oscillation diurne et une autre nocturne. Cette double oscillation diurne qui varie avec les saisons, donne à Paris un écart moyen de 3 à 4 millimètres. Les variations accidentelles du baromètre à Paris permettent parfois de curieuses constatations. Ainsi le 27 août 1883, le barographe de Montsouris indiqua une ascension suivie de baisse puis des oscillations assez fortes. Ces variations étaient dues à l'ébranlement de l'atmosphère causé par la catastrophe de détroit de la Sonde. Des baisses subites se sont manifestées lors du passage de trombes et ont été enregistrées (10 septembre 1896, baisse de 6 millimètres; 18 juin 1897, baisse subite de 9 millim. 5).

La région parisienne étant située à la limite de deux climats, l'un marin, l'autre continental, offre deux maxima de pressions élevées, un peu important en été, dépendant du climat marin, un autre plus considérable en hiver, d'origine continentale. C'est pendant que soufflent les vents du Nord et du Nord-Est que la pression barométrique est la plus élevée à Paris, elle est la plus basse avec les vents du Sud et du Sud-Sud-Ouest. Les pressions ne dépassent pas 780 millimètres (niveau de la mer) et ne descendent pas au-dessous de 730 millimètres. Lorsque la pression descend en été à 757 millimètres, la nébulosité est très marquée. Il est en outre à noter qu'au centre de Paris la pression est un peu moins élevée qu'aux environs.

La *température* moyenne de l'air à l'Observatoire est de 10°,7, elle est moindre dans la banlieue, au Parc Saint-Maur, par exemple, elle n'est que de 10° et cette variation due à l'influence de la ville est à peu près celle qui existe entre le climat d'Orléans et celui de Bruxelles. Le mois de janvier est le mois le plus froid et le mois de juillet le plus chaud, et si l'on se base sur les moyennes d'un siècle et demi, le jour le plus froid est le 10 janvier et le plus chaud le 18 juillet. Le plus grand froid observé dans la région parisienne a été constaté à Montargis le 9 décembre 1871, le thermomètre descendit à 27°,5 ; le 2 décembre 1879 il est descendu à 25°,6 au Parc Saint-Maur et à 23°,9 seulement à Montsouris. Le maximum observé a été de 38°,4 le 31 juillet 1881 au Parc Saint-Maur, et le 9 juillet 1874 à Montsouris. L'auteur insiste ensuite sur l'humidité et les brouillards, sur la pluie, la neige et le verglas. La région parisienne compte environ 147 jours de pluie et 200 jours si l'on compte ceux où il ne tombe que quelques gouttes d'eau. Les séries d'un mois sans pluie sont très rares, c'est au printemps, vers le mois de mars, qu'on observe souvent des séries de 15 jours sans pluie.

La neige apparaît parfois fin octobre et peut tomber jusqu'aux premiers jours d'avril. Les eaux météoriques, outre l'azote ammoniacal qu'elles contiennent, sont chargées de bactéries (Miquel) dont le nombre est six à dix fois plus fort à la Tour Saint-Jacques qu'à Montsouris.

Nous ne pouvons résumer ici les chapitres qui ont trait aux orages et aux trombes qui ne sont pas très rares dans notre région. M. Jaubert nous apprend que le vent dominant est celui du Sud-Ouest qui rend la nébulosité du ciel plus élevée que les vents du Nord et de l'Est.

L'air est peu transparent à Paris même, un voile de brumes flottantes de 300 à 600 mètres d'épaisseur couvre la capitale. Les collines de Montmartre et des Buttes-Chaumont forment un écran qui s'oppose au passage des fumées basses.

M. Albert-Levy a fait le dosage chimique de l'air à Paris ; l'ozone est en moyenne de 1 milligr. 65 par 100 mètres cubes d'air, l'azote ammoniacal de 2 milligrammes, l'acide carbonique atteint 29 litres 9 en moyenne toujours par 100 mètres cubes d'air. Cet acide carbonique est plus abondant au centre de

Paris le jour que la nuit ; le contraire a lieu à Montsouris à cause de la végétation. Les bactéries offrent une moyenne de 7.000 par mètre cube d'air, elles descendent à 500 en février et atteignent 80.000 pendant les chaleurs sèches de l'été. Leur nombre diminue à mesure que l'on s'élève au-dessus du niveau du sol.

Contentons-nous de signaler l'étude des phénomènes optiques, du magnétisme terrestre et des aurores boréales, du sol, des observations très intéressantes sur la Seine à Paris et sur les résultats de l'agriculture dans la région. Un résumé des observations faites à Paris depuis 1806 termine ce savant travail.

En résumé, M. J. Jaubert a fait en écrivant la climatologie de la région de Paris une œuvre très utile. Elle aurait peut-être gagné en intérêt si l'auteur avait établi quelques comparaisons entre le climat parisien et les divers climats de France, mais comme il le dit lui-même, il a voulu surtout éviter « dans bien des cas de longues et quelquefois difficultueuses recherches aux météorologistes, physiciens, ingénieurs, agronomes, hygiénistes, médecins, etc. » ; son but a été bien atteint et nous devons le remercier d'avoir ainsi réuni des documents si nombreux et si intéressants sur la climatologie de la capitale et de sa banlieue. J. Noir.

Les troubles de l'appareil digestif, comme causes et suites d'autres maladies. *Die Storungen des Verdaungs apparates, als Ursache und Folge anderer Erkrankungen*) ; par Dr Hans Herz, (de Breslau). (*Berlin*, 1898, librairie Karger, Karlstrasse, n° 15.)

C'est plus spécialement aux praticiens que l'auteur destine ce volume de 542 pages, lequel, pour un peu confus et indigeste qu'il paraisse, n'en dénote pas moins un grand travail, sens clinique consciencieux, et un intérêt incontestable.

L'ouvrage comprend 9 chapitres comportant eux-mêmes de nombreuses subdivisions C'est ainsi que le chapitre I, en traitant des *maladies du sang et de la nutrition dans leurs rapports avec l'appareil digestif*, laisse passer en revue, les anémies, la leucémie, la pseudoleucémie, les diathèses hémorragiques, l'hémoglobinémie, le marasme (inanition, cachexie), la goutte, le diabète sucré, le diabète insipide, l'adiposité, l'amyloïdose, l'ictère simple et l'ictère grave ; et tous ces états, dans leurs corrélations avec les troubles digestifs. Dans le deuxième chapitre il est question des *maladies infectieuses aiguës* (1), en commençant par le rôle étiologique de l'appareil digestif dans ces affections, pour en étaler ensuite les symptômes digestifs divers, du côté de la bouche, des glandes salivaires, de l'estomac, de l'intestin, du foie, de la rate, du pancréas, du diaphragme, etc. Les chapitres III, IV, V et VI relatent l'étude, dans leurs rapports avec l'appareil digestif, des *maladies spécifiques chroniques* (2) (tuberculose, actinomycose, syphilis, lèpre. rinosclérome), des *affections nerveuses*, des *troubles circulatoires* (pléthore abdominale, cardiopathies, maladies vasculaires), et de la *respiration*. *Les organes génito-urinaires* sont passés en revue dans le chapitre VII, en donnant à considérer l'albuminurie et la néphrite comme suites de troubles digestifs (p. 380), la présence de ceux-ci dans la rétention d'urine chronique, les anomalies nerveuses dans l'émission d'urine, les caractères de ce liquide dans les affections de l'appareil digestif, etc., etc. Après examen des organes génitaux chez la femme et chez l'homme, vient celui de *l'appareil locomoteur* (3) (rhumatisme, rachitisme, ostéomalacie), et finalement des *organes de la peau et des sens* (4).

Pour clore cet aperçu analytique, citons un index bibliographique très détaillé, qui termine ce livre, lequel est utile à consulter par ceux qu'intéresse plus spécialement l'étude des affections des voies digestives.

Les Peptones dans l'organisme ; par le Dr Fiquet, chef du laboratoire de Chimie de la Faculté Brochure extraite des *Arch. de Med. expér.*, n° 1, janvier 1899.)

Nous suivons avec beaucoup d'intérêt les travaux de notre bien distingué confrère, sur les matières albuminoïdes au point de vue digestif, et nous lui savons tout particulièrement gré de vouloir bien prévenir parfois notre curiosité, pour ces questions de chimie physiologique spéciale, dont nous sommes avide au plus haut chef.

Suivant une loi commune, les peptones artificielles ont joué, dès leur entrée dans la thérapeutique, un rôle exagéré, pour tomber ensuite dans un discrédit également excessif. Cette exagération dans la haute comme dans la mauvaise fortune tient elle-même, suivant une autre loi constante, à l'insuffisance de renseignements chimiques et physiologiques, qu'on a le plus souvent, sur la plus grande masse des médicaments chimiques qu'on lance tout d'abord avant de les bien connaître.

C'est ainsi que pour les peptones, il est exact qu'elles produisent souvent, expérimentalement et cliniquement, des accidents toxiques, mais que ce n'est pas une raison suffisante pour rejeter en bloc et définitivement l'usage, parfois précieux, des peptones. En effet, il résulte des travaux de M. Fiquet que les propriétés toxiques et anticoagulantes des peptones sont dues à des *impuretés*, à des produits de fermentation bactérienne : *albumotoxines et ptomaïnes*. Les peptones pures ne sont nullement toxiques, mais restent, expérimentalement et cliniquement, comme des excitants de la nutrition, doués en même temps d'une valeur nutritive incontestable, quoique inférieure à celles des albumoses, de même que ces derniers intermédiaires sont moins nutritifs que les albuminoïdes naturels. Les peptones pures se présentent sous forme de poudre amorphe jaunâtre, hygroscopique, d'odeur agréable de viande rôtie et sans cette légère amertume qu'ont les peptones commerciales même les mieux préparées, et qui est due à la présence de ptomaïnes (1). Elles sont très solubles dans l'eau et très peu solubles dans l'alcool à 95°. En dehors des impuretés bactériennes toxiques, celles qu'on rencontre encore dans les peptones commerciales sont :

1° Des produits d'hydratation moins avancée : *syntonines* et *albumoses* ; 2° des produits d'hydratation plus avancée : *glucoprotéines* et *leucines* ; lesquels produits ne sont pas toxiques. Rappelons enfin que M Fiquet rapporte l'infériorité de la peptone sur la viande, au point de vue nutritif, à ce que la peptone est privée des éléments phosphorés et sulfurés nécessaires à l'organisme, tandis que les tissus animaux sont en grande partie constitués par des nucléo-albumines, lesquelles sous l'action hydrolysante des alcalis, de la pepsine ou de la thrypsine, se dédoublent en peptones et en nucléines (éthers organiques de l'acide phosphorique). Paul Cornet.

VARIA

Banquet A. Gombault.

Mercredi passé, sous la présidence de M. le Pr Brouardel, a eu lieu le banquet offert à A. Gombault pour fêter sa récente nomination dans l'Ordre de la Légion d'honneur. Professeurs à la Faculté de Médecine : MM. Cornil, Proust, Joffroy, Raymond, Chantemesse. Agrégés : MM. Bouilly, Chauffard, Netter, Achard, Widal, Würtz, Méry. Médecins et chirurgiens des hôpitaux : MM. Sevestre, Bourneville, Balzer, Brault, Mosny, Souques. Internes en médecine et anciens internes de l'hospice d'Ivry : tous étaient accourus, heureux de se retrouver près du Maître si respecté qu'est A Gombault. Et ce fut vraiment une fête, toute de sincère et profonde cordialité, que ce témoignage public de sympathie et d'admiration donné à cette vie de savant modeste, consacrée depuis près de 40 ans à la science et à la neuropathologie.

Le sauvetage sanitaire des soldats américains à Cuba.

La guerre moderne est une opération qui réussit lorsqu'elle est dirigée avec un courage calme par une intelligence en même temps brave et humanitaire : elle échoue lorsque le courage est seul, sans les autres attributs du vrai soldat.

(1) *Die akuten Infektionskrankheiten.*
(2) *Die chronischen specifischen Entzündungen.*
(3) *Bewegunsapparat und Verdaungsapparat.*
(4) *Kap. IX, Haut, und Sinnesorgane in ihren Beziehungen zum Verdaunsgsapparat* (p. 482).

(1) Fiquet, *loc. cit.*, p. 142.

L'élimination de la malaria est essentielle au succès de toutes les opérations militaires permanentes sous les tropiques : aussi la réglementation sanitaire devait-elle tenir une place importante dans la discipline de l'armée à Cuba, et la quinine faire partie de la ration journalière du soldat. Tout d'abord une sélection rigoureuse présida aux choix des soldats envoyés à Cuba. Des instructions sévères furent données aux officiers et aux soldats de ne manger que des aliments cuits, de ne boire que des boissons bouillies ou distillées, de ne coucher qu'à une certaine hauteur du sol, et de laisser tous les travaux de terrassement aux indigènes.

Les cantines n'avaient que du café, de l'eau limpide ou distillée et du thé pour étancher la soif des soldats.

Chaque soir et chaque matin les soldats recevaient une ration obligatoire de quinine de 0 gr. 50 à 0 gr. 65, sous forme de pilules; sur avis du médecin, une ration supplémentaire pouvait être donnée à midi. Les casernements des soldats étaient établis sur un sol élevé, sec, bien drainé, et les hôpitaux sur des coteaux rafraîchis par la brise de la mer. A moins de cas de force majeure, les heures de marche furent aussi réglementées, de même les heures des bains; c'est ainsi que les soldats n'étaient autorisés à se baigner que dans la seconde partie de la journée, par les temps clairs, quand la lumière persistante du soleil avait détruit la plupart des germes de la malaria. (*The Alienist and Neurologist*, juillet 1898.)

E. Blin.

La composition de la Chartreuse.

S'il est vrai qu'une boisson est toxique en raison de la quantité des essences de plantes qu'elle contient, la liqueur dite Chartreuse doit tenir le premier rang. Le vicomte d'Avenel, dans un article de la *Revue des Deux-Mondes* intitulé l'*Alcool et les liqueurs*, donne des renseignements détaillés sur sa fabrication :

« Il entre dans la fabrication de la Chartreuse, dit le vicomte d'Avenel, plus de quarante plantes : la principale est la mélisse, dont la proportion varie de 250 à 500 grammes par hectolitre, l'hysope fleurie, la menthe poivrée, le génepi des Alpes, les semences et racines d'angélique — 125 à 250 grammes chacune — puis, à doses beaucoup moindres, allant de 15 à 30 grammes, les fleurs d'arnica, le thym, la balsamite, les bourgeons de peuplier-baumier, la canelle de Chine, le macis, la coriandre, l'aloès, la cardamone, etc., etc. Ce n'est pas tout : chaque hectolitre comporte l'addition de trois litres d'un alcoolat préliminaire où figurent, avec la marjolaine, les œillets rouges et la lavande, quatre sortes de poivre (le long, le jamaïque, le cubèbe et l'ordinaire de cuisine), de la résine de pin, de la thériaque, de l'hyacinthe, du baume de muscade, pétris ensemble dans du vin de Malaga. »

Le total de ce mélange pour faire un hectolitre de liqueur est de 2.600 grammes et le prix de revient ne dépasse guère 8 francs. La qualité et l'âge de l'alcool employé à la fabrication de la Chartreuse font son principal mérite.

De l'action peu nocive du tabac sur les bronches

Beaucoup de fumeurs, lorsqu'ils sont atteints d'un rhume, s'abstiennent de la cigarette, dans la pensée que la fumée est nuisible aux organes respiratoires. Cette question a été examinée dans une des dernières séances de la Société laryngologique américaine. M. Mittchell a combattu l'opinion généralement acceptée, que la fumée de la cigarette, quand elle est avalée ou plutôt inhalée, arrive dans les vésicules pulmonaires, et que la nicotine qu'elle renferme pénètre dans le sang à travers la muqueuse respiratoire. En réalité, la fumée n'arrive qu'aux grosses bronches et, dans la plupart des cas, ne descend guère au delà du larynx. Bien qu'elle puisse aggraver un état pathologique antérieur, son action irritante est fort limitée. La cigarette ne présente d'ailleurs aucun danger spécial, contrairement à ce que l'on croit généralement; le papier ne fait que fournir une dose inoffensive de cellulose, et l'analyse chimique ne révèle aucune substance nuisible autre que la nicotine même du tabac. Jamais on n'y trouve d'opium, comme on l'a prétendu, car pareille sophistication serait beaucoup trop coûteuse. Les méfaits du tabac sont les mêmes chez tous les fumeurs. Ils tiennent à ses effets constitutionnels sur le système nerveux, et, sous ce rapport, on doit déplorer l'usage de la cigarette chez les enfants. Mais, du côté du larynx, on ne constate jamais que des effets locaux insignifiants. (*Débats.*)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies du système nerveux. — M. Gilles de la Tourette. Policlinique le mercredi à 10 heures, hôpital Saint-Antoine, labotoire Axenfeld.

Electrothérapie. Radiologie. — M. le Dr L.-R. Regnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiologie de la Charité. Conférences à 5 heures. Exercices pratiques les mardis et jeudis de 2 heures à 5 heures.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave Loisel, le vendredi à 5 h. 1/2, rue de l'Estrapade, 18.

FORMULES

XXXIV. — Poudres contre le coryza.

Bétol	2 gr. 50 centigr.
Menthol	0 gr. 25 —
Cocaïne	0 gr. 50 —
Poudre de café torréfié	4 gr. 50 —

(Greletty.)

Salicylate de bismuth	15 grammes
Camphre	0 gr. 05 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05 —

(Dieulafoy et Huchard.)

Menthol	0 gr. 25 centigr.
Acide borique pulvérisé	ãã 5 grammes.
Talc pulvérisé	ãã 5 grammes.

(Gouguenheim.)

XXXV. — Pommade contre le rhumatisme articulaire aigu.

Acide salicylique	ãã 10 grammes.
Lanoline	ãã 10 grammes.
Essence de térébenthine	ãã 10 grammes.
Axonge	80 —

En frictions. (Bourget.)

XXXVI. — Contre l'anorexie.

Teinture de gentiane	ãã 5 grammes.
— de colombo	ãã 5 grammes.
— de badiane	ãã 5 grammes.
— de noix vomique	ãã 5 grammes.

X gouttes avant les repas dans un peu d'eau.

XXXVII. — Elixir de terpine.

Turpine	10 grammes.
Glycérine	150 —
Alcool à 90°	150 —
Sirop de miel	125 —
Teinture de vanille	10 —

2 à 4 cuillerées à soupe par jour. (P. Vigier.)

XXXVIII. — Emploi du phosphate de cuivre dans la tuberculose et la chlorose.

Acétate neutre de cuivre	0 gr. 01 centigr.
Phosphate de soude cristallisé	0 gr. 05 —
Réglisse et glycérine	Q. S. pour 1 pilule.

2 pilules par jour.

Phosphate de cuivre	1 gramme.
Glycérine pure	ãã 2 gr. 50 centigr.
Eau distillée	ãã 2 gr. 50 centigr.

En injections hypodermiques. (Luton.)

XXXIX. — Contre les poussées de pharyngite granuleuse.

Gargarismes tièdes avec :

Eau	300 grammes.
Chlorate de soude	5 —

A l'intérieur :

Benzoate de soude	6 grammes.
Teinture de coca	5 —
Sirop de codéine	30 —
Eau de laitue	150 —

Mal supporté par les dyspeptiques.

Chez les fumeurs : Attouchements avec la solution iodo-iodurée aqueuse à 1 gr. par 20 gr. Pulvérisations avec eau de goudron, Saint-Honoré, Cauterets, Eaux-Bonnes, Enghien, Allèvard. 2 ou 4 fois par jour se gargariser avec 1/2 verre d'eau chaude où l'on ajoute autant de la solution :

Résorcine pure.	4 grammes.
Glycérine neutre.	15 —
Eau distillée.	150 —

(*La Voix parlée et chantée.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 12 fév. au samedi 18 fév. 1899, les naissances ont été au nombre de 1.294, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 458, illégitimes, 204. Total, 662. — *Sexe féminin* : légitimes, 451, illégitimes, 181. Total, 632.

Mortalite a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 12 fév. au samedi 18 fév. 1899, les décès ont été au nombre de 983, savoir : 500 hommes et 483 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 7. T. 13. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 6. T. 13. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie. Croup : M. 3. F. 1, T. 4. — Grippe : M. 3, F. 2, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 86, T. 204. — Méningite tuberculeuse : M. 15. F. 9, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 5, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 9, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 25, F. 31, T. 56. — Méningite simple : M. 14, F. 16, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 19, F. 16, T. 35. — Paralysie, M. 5, F. 9, T. 14. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 5, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 30, T. 60. — Bronchite aigue : M. 13, F 4, T. 17. — Bronchite chronique : M. 10, F. 14, T. 24. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 23, T. 46. — Pneumonie : M. 20, F. 36, T 56. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 33, T. 56. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 5, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 14, F. 12, T. 26. — Sénilité : M. 8, F. 26, T. 34. — Suicides : M. 6, F. 4, T. 10. — Autres morts violentes : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres causes de mort : M. 81, F. 78, T. 151. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 21, illégitimes, 18. Total : 39. — *Sexe feminin* : légitimes, 18, illégitimes, 14. Total : 32.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Aillaud, médecin inspecteur des ecoles, délégué cantonal à La Ciotat. Benoît du Martouret, médecin du theâtre national de l'Opéra. Blanche, médecin inspecteur des enfants du premier âge à Paris. Boëll, médecin inspecteur des écoles, délégué cantonal à Baugé. Buisson, vice-président de la Société de secours mutuels des Médecins du département du Nord, à Auberchicourt. Cassius, maire de Layrac. Chabié, medecin de l'Ecole normale d'instituteurs d'Aix. Debierre, oculiste de l'Institut des Sourds-Muets d'Asnières, médecin inspecteur des écoles de la Ville de Paris. Dubrisay, de Paris. Fauchey, président du Conseil d'arrondissement à Lesparre. Galland, publiciste scientifique à Paris. Gautier, directeur du Laboratoire d'électrothérapie à Paris. Geoffroy, président de la délegation à La Fère. Gibard, de Paris. Gillet, maire de Lamarche. Goudol, pharmacien à Paris. Guillié, de Villeneuve-la-Guyard. Guilhier, conseiller général de la Sarthe, médecin du bereau de bienfaisance du VIe arrondissement à Paris. Josias, médecin à l'hopital Trousseau. Juranville, médecin inspecteur des écoles à Paris. Lafage, de Neuilly-sur-Seine. Leclère, médecin du bureau de bienfaisance de Toul. Ledermann, de Sevres. Le Guellant, de Paris. Lemoîne, de Paris. Loves, de Paris. Lyon, professeur à l'Union des Femmes, de France à Paris. Macqret, médecin inspecteur des Enfants du premier âge à Nogent-le-Rotrou. Marianelli, de Rochefort. Martelli, de Rugles. Martha, de Paris. Martin, de Paris. Ménard, de Saint-Gervais-les-Trois-Clochers. Mercereau, membre des jurys d'examen pour le brevet de capacité à Paris. Mercier, pharmacien chimiste à Paris. Métaxas Stavror, président de la commission des hopitaux civils de Marseille, officier de la Légion d'honneur. Mora, médecin inspecteur des enfants du premier âge à Paris. Ozenne, professeur à l'Union des Femmes de France, à Paris. Petit, conseiller général, maire de Pont-Yonne. Peton, maire de Saumur. Phocas, chirurgien en chef du Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. Plateau, médecin de l'Etat civil du VIIIe arrondissement à Paris. Régnier, médecin, publiciste scientifique, à Paris. Ribard, de Paris. Richard, professeur d'hygiène à l'Institut industriel de Lille. Rueff, de Paris. Samalens, médecin en chef du lycée d'Auch. Suss, professeur à l'Union des Femmes de France, à Paris. Trapenard, médecin inspecteur des services médicaux à la Préfecture de la Seine. Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Allix, médecin du Bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement à Paris. Amor, conseiller municipal, médecin des écoles à Bône (Algérie). Arnaud, médecin-major de 2e classe. Barbulée, dit Bulot, professeur à l'Union des Femmes de France à Paris. Bandet, de Paris. Baudin, pharmacien à Milly. Bayvel, médecin-major au 7e régiment de chasseurs à cheval à Vendôme. Beaulavon, publiciste scientifique à Paris. Bernard, de Forcalquier, Biat, de Liévin. Blin, médecin en chef de la colonie de Vaucluse. Bompard, de Briançon. Bonnabaud, pharmacien à Massiac. Bonnans, maire d'Ax-les-Thermes. Bossellut, publiciste scientifique à Nontron. Boulland, médecin de l'hospice, directeur du Bureau municipal d'hygiéne de Limoges. Bourdon, à Méru. Boussac, d'Albi. Brière, de Morteaux-Coulibœuf. Caire, de Nanterre. Çallé, de Saint-Céré. Capdepont, dentiste des Asiles de la Seine à Paris. Cazenave, de Paris. Cayla. professeur à la Société des Secouristes français à Neuilly. Champigny, pharmacien à Saint-Denis. Chatinière, de Saint-Mandé. Chazardin, publiciste scientifique à Paris. Cheruy, d'Hautvillers. Concaix, adjoint au maire de Felletin. Coquerelle, de Beauvais. Courront, de Tuchan. Crônier, maire de Gacé. Dandrieu, inspecteur des écoles à Vertfeil. Darras, publiciste scientifique à Paris. Darses, fondateur de plusieurs Sociétés de secours mutuels à Paris. Delarue, médecin du Bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement à Paris. Demelin, professeur de l'Union des Femmes de France. Denouault-Girardière, maire de La Croixille Mlle Desmollières (Juliette), médecin de la Crèche du XVIIIe arrondissement à Paris. Dizard, pharmacien du Dispensaire de la crèche du XVe arrondissement à Paris. Doucy, médecin du Bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement à Paris. Dourif, pharmacien, maire de Champeix. Ducloux, chirurgien en chef de l'hôpital de Cette. Dufaur, de Valence-d'Agen. Dufour, publiciste scientifique à Fécamp. Dumas, de Nangis. Dumoret, professeur à l'Association des Dames françaises. Dunogier, de Paris. Duriau, de Dunkerque. Durville, publiciste scientifique à Paris. Fabre, de Saint-Maximin. Farina, de Menton. Fissiaux, médecin du Bureau de bienfaisance et des Crèches du Xe arrondissement à Paris. Fleys, médecin principal du lycée d'Aurillac. Folliet, pharmacien à Aix les-Bains. Fontaine, de Marseille-le-Petit. Forter, de Vitry-le-François.

MM. les Drs Fouré, médecin du lycée Victor-Hugo, à Paris. Fustier, de Thizy. Galbrum, pharmacien à Paris. Gallot, de Menton. Galzain, de Pontivy. Gautier, de Bordeaux. Guimbal, pharmacien à Saint-Nicolas de-la-Grave. Grellière, de Neauphle-le-Château. Guerbet, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, à Paris. Guillermet, de Saint-Germain-de-Joux. Guyader, de Brest. Heiser, professeur à l'Association de Sauvetage de Paris. Heret, professeur à l'Union des Femmes de France, à Paris. Jagu, de Saint-Pol-de-Léon. Jannin, de Paris. Joanny, de Pleaux. Jouliard, de Paris. Joy, de Boulogne-sur-Seine. Kinzelbach, médecin inspecteur des écoles de Paris. Lacaze, professeur à l'Association des Dames françaises. Larré, pharmacien. Lathoud, d'Yenne. Laurent, médecin des écoles, à Paris. Laurent, de Broons. Lemesle, publiciste et conférencier chargé de missions scientifiques, à Paris. Lenoir, médecin à Paris. Leriche, de la Souterraine. Le Roy, médecin du Bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement, à Paris. Lucas. Malé, pharmacien à la Chataigneraie. Marchesi, de la Belgodère. Martel, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Constantine. Mathieu, de Vassy. Mattrais, de Chinon. Mazeron, maire d'Auzances. Mazery, de Paris. Mercier, chirurgien de l'hôpital de Montluçon. Moiroud, médecin chirurgien-dentiste de l'hôpital Cochin et de la Maternité. à Paris. Monin, de Neuilly-sur-Seine. Mulette, de Pont-Saint-Maxence. Naïs, de Sermaises. Naudet, de Paris. Orlanduci, de Vescovato. Parizot, de Paris. Pertat, de Paris. Petit (C.), de Paris. Petit (R.), de Paris. Perrolacci, de Bône. Peyrat, de Villefranche-Lauraguais. Peyrét, de Paris. Piquet, de Constantine. Pomel, de Joué-les-Tours. Pomme de Mirimonde. de Paris. Pons, d'Ille-sur-Tet. Porquet, de Vire. Queyssac. de Paris. Rabaud, de Paris. Ramond, de Paris. Recht, de Paris. Record, de Vélines Renault. de Paris. Rivière (J.-A.), de Paris. Rivière (L.-J.), de Lyon. Robert, pharmacien à Paris. Roger, chirurgien-dentiste à Paris. De Rothschild (H.), de Paris. Roubinovitch, de Paris. Rouillon, de la Varenne-Saint-Hilaire. Rouveix, de Saint-Germain-Lembron. Saint-Agnés, de Toulouse. Sauné, d'Aspet. Tapie, de Paris. Tariel, d'Issy-les-Moulineaux. Tessier, de Paris. Thévenon, de Craponne. Thibout, d'Enghien-les-Bains. Vaussy, de Vire. Veillard, de Lorris. Vercoustre, de

Paris. Verwaest, pharmacien à Paris. Vidal, de Gennes. Vimou, de Paris. Vincent, de Lyon. Wéber, de Paris.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris. — M. le Dr Rotillon, médecin du Bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, comme représentant des médecins du traitement à domicile.

Conseil de l'Université de Paris. — M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, a été nommé vice-président du Conseil en remplacement de M. Garsonnet, doyen de la Faculté de droit, décédé. Le Conseil a autorisé l'ouverture des cours libres ci-après désignés à la Faculté de Médecine. M. le Dr Petit : « Stomatologie : clinique et thérapeutique » ; M. le Dr Gaube : « Minéralisation comparée du tissu moléculaire dans la série animale » ; M. le Dr Dunogier : « Pathologie et thérapeutique dentaires » ; M. le Dr Bérillon : « Psychologie physiologique et pathologique. Application de l'hypnotisme. »

Préfecture de la Seine. — *Concours pour l'admission à l'emploi de médecin-adjoint de la Préfecture.* — Un concours sur titres est ouvert pour l'admission à l'emploi de médecin-adjoint de la Préfecture de la Seine. Le nombre des candidats à admettre est fixé à vingt. Peuvent seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine d'une des Facultés de l Etat, de nationalité française, domiciliés à Paris. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 11 mars inclus, de 10 heures à 4 heures, à la direction du personnel (2e section. Personnel extérieur), où tous renseignements complémentaires seront donnés aux candidats. Ceux-ci ne pourront se faire inscrire qu'en produisant les pièces suivantes : 1° Demande sur papier timbré enumérant les titres médicaux, scientifiques, administratifs ou autres; 2° diplôme de docteur en médecine ou certificat en tenant lieu; 3° certificats constatant les situations occupées antérieurement; 4° publications médicales; 5° expédition de l'acte de naissance; 6° extrait du casier judiciaire. Les médecins-adjoints sont astreints à être domiciliés dans la circonscription qui leur est attribuée. Ils ne sont pas rétribués et reçoivent seulement, sur la somme qui doit être répartie en fin d'année entre les médecins titulaires, une indemnité afférente aux visites ou consultations qu'ils auront faites ou données quand ils auront été appelés à remplacer temporairement ces médecins.

L'Assistance Médicale au Palais de Justice. — M. Floquet, médecin en chef du Palais de Justice et du Tribunal de Commerce, vient de publier la statistique des cas qui, pendant 1897 et 1898, ont nécessité son intervention : Affections cardiaques, 41 ; syncopes, 105 ; congestions cérébrales, 17 ; épilepsie, 65; hystérie, 174; catalepsie, 5; affections mentales, 7; contusions, 58; tentatives de suicide, 2.

Mutations dans les services médicaux des Hôpitaux de Paris. — M. Chaslin est nommé médecin du service du quartier des aliénés à l'hospice de Bicêtre, pour prendre rang au 1er janvier 1899. — MM. Polaillon, ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; Périer, ancien chirurgien de l'hôpital de Lariboisière ; Anger, ancien chirurgien de l'hôpital Beaujon, sont nommés chirurgiens honoraires des hospices et hôpitaux de Paris. — M. Rigal, ancien médecin de l'hôpital Beaujon, est nommé médecin honoraire des hospices et hôpitaux de Paris.

Congrès des Sociétés savantes. — Ce Congrès s'ouvrira à Toulouse, en l'hôtel d'Asserat, le mardi 4 avril, à 2 heures. Des billets à demi-tarif sur les chemins de fer sont accordés aux membres du Congrès et aux membres du corps enseignant.

Cinquième Congrès de Médecine. — Le cinquième Congrès de Médecine s'ouvrira à Lille, le vendredi 28 juillet 1899, sous la présidence de M. le Pr Grasset, de Montpellier. Les trois questions suivantes sont à l'ordre du jour du Congrès : 1° Des myocardites; 2° des adenies et leucémies; 3° l'accoutumance aux médicaments.

Concours a l'École de santé de la Marine de Bordeaux. — Le jury du concours pour l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'Ecole de Bordeaux, dont l'ouverture doit avoir lieu à Brest, le 28 mars prochain, sera composé de M. l'inspecteur général du service de santé, président; M. Barret, médecin en chef, à Brest, membre; M. Chevalier, médecin principal, sous-directeur de l'Ecole du service de santé, à Bordeaux, membre.

La scarlatine au 131e d'infanterie et au 15e cuirassiers, Chartres. — Depuis plusieurs mois, épidémie de *scarlatine* au 15e regiment de cuirassiers qui a gagné la caserne d'infanterie où il y avait 70 cas dans la première quinzaine de février.

La scarlatine a Versailles. — Un commencement d'épidémie de fièvre scarlatine s'est déclaré depuis quelques jours à Versailles, au 5e génie. Grâce aux mesures prises, la maladie ne fait pas de progrès et l'on espère qu'elle sera promptement enrayée. (*Journ. de Seine-et-Oise* du 1er mars.)

Congrès international de la Presse médicale. — L'Association de la Presse médicale française prend l'initiative d'organiser en 1900 un *Congrès international de la Presse médicale*, après avoir entendu le rapport oral de M. Blondel et les remarques du Secrétaire général, qui est chargé de faire auprès de l'Administration de l'Exposition toutes les démarches nécessaires, de façon à ce que ce Congrès soit ajouté à la liste des Congrès déjà officiellement acceptés.

Asiles de Marseille. — Le concours de l'internat de l'Asile des aliénés de Saint-Pierre, à Marseille, s'est terminé par la nomination de MM. Jourdan, Sigallas et Bénès.

Nécrologie. — M. le Dr Joseph Tournon (d'Istres), âgé de 83 ans. — M. Casimir Grosso, ancien pharmacien à Marseille. — M. le Dr Dauzat (de Saint-Etienne-au-Clos, Corrèze) — M. le Dr Vialaneix (d'Egletons, Corrèze). — M. le Dr Léon Pluymers, assistant à l'Université de Liège. — M Biarnés, professeur agrégé à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Toulouse.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2 — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Antoine. — *Service des maladies des oreilles, du nez et du larynx.* — M. le Dr Lermoyez. Les mardis, cours de technique et de séméiologie spéciales; les samedis, cours de thérapeutique spéciale; les lundis, petite chirurgie du nez, des oreilles et du larynx; les vendredis, opérations (cure radicale de l'otorrhée, des sinusites de la face, etc.).

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr Maygrier, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Jules Voisin a commencé ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 9 février à 10 heures du matin et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Hôpital Beaujon. — Le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, continuera dans cet hôpital les lundis, jeudis, samedis, ses consultations sur les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), qu'il faisait à l'hôpital Saint-Louis.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 10. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 MARS 1899

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE : De l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus (*suite et fin*), par L. Longuet. — BULLETIN : Du diabète syphilitique, par P. Cornillon; — Hygiène publique, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par A.-F. Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir. — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay. — REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX : Un cas de paresthésie de Bernhardt-Roth, par Donath; Quelques cas de maladies du système nerveux, par Egger; Syringomyélie, par Hinsdale; Tabes et syphilis, par Scheiber; Résection du sympathique cervical dans l'épilepsie et remarques sur la paralysie du sympathique, par Donath; Hémiatrophie faciale progressive, par Donath; Formes cliniques et traitement des myélites syphilitiques, par Gilles de la Tourette; Un cas de myasthénie pseudo-paralytique grave avec ophtalmoplégie intermittente, par Eulenburg (trav. an. par Ch. Mirallié). — BIBLIOGRAPHIE : Sur un traitement médical de l'ulcère hémorragique de l'estomac, par May (an. de P. Cornet); Anévrysme de la carotide primitive gauche, ligature avec extirpation du sac. Guérison, par de Castro y Latorre (an. par F. Boissier). — VARIA : L'unification des services médicaux de la Préfecture de la Seine, par J. Noir; Thèses de la Faculté de Bordeaux; Enseignement populaire de l'hygiène de l'Enfance dans le Ve arrondissement; Refus d'admission des tuberculeux dans les asiles nationaux de convalescence. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'Hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus (*suite et fin*) (1);

Par M. le Dr L. LONGUET, ancien interne des hôpitaux.

D. *Les hystérectomies vaginales à hémostase exclusivement consécutive.* (Extirpation mono ou bi-fragmentaire de l'utérus, sans morcellement.)

I. *Procédé Récamier-Czerny.*

L'utérus est abaissé soit par un crochet à développement, ou un endoceps (Coudereau), ou une tige à renflement (Récamier), un utéro-forceps (Colombat, 1828), une pince à érigne divergente (Chassaignac); mais mieux avec la pince, non pas celle de Coudereau, mais la pince de Museux simple ou modifiée par Bernays (de Louvain), par Brenneke (2), par Demons (1882). On s'aidera avantageusement de la pression médiate du fond de l'utérus par l'abdomen (3). De même l'on peut se débarrasser de toute pince, si le col est dur, en les remplaçant par un ou deux gros fils de soie passés en travers (Demons, 1883).

Comme manœuvre préliminaire, il est utile de curetter ou d'abraser le champignon cancéreux. On a conseillé depuis de l'enlever au thermocautère, ce qui stérilise quelque peu ces tissus essentiellement septiques; et le curettage de la cavité utérine dans les cas de cancer du corps.

Premier temps : Incision circulaire du col. — Elle est faite à 1 centimètre environ de l'orifice externe, selon un cercle complet, soit au bistouri, soit aux ciseaux (Dupuytren). Pour ce chirurgien, les ciseaux ont l'avantage d'écraser un peu les tissus et de provoquer par suite une moindre hémorragie. Certains chirurgiens se servent encore aujourd'hui des ciseaux dans le même but, par exemple Doyen. La section au thermocautère du vagin sur le col paraît de date récente. Saenger, et plus tard Jacobs l'ont mise en usage. Comme modification récente, Pichevin recommande non pas l'incision circulaire sur le col, mais l'incision oblique ou elliptique, au point le plus élevé en arrière. L'on obtiendrait ainsi un orifice vaginal plus grand, ce qui faciliterait la bascule de l'utérus par ce trou.

Deuxième temps : Libération du col. — En avant, la vessie est séparée, ainsi que les uretères, par un décollement digital ou instrumental (spatule, ciseaux mousses) rasant le tissu utérin. En arrière on arrive de suite dans le Douglas; en avant il faut inciser ou perforer du doigt le cul-de-sac péritonéal antérieur, y introduire une valve qui relève la vessie; latéralement on se contente d'un décollement rapide incomplet.

Troisième temps : Dégagement de l'utérus. — Il s'exécute, suivant la difficulté, de deux manières :

α) *Dégagement de l'utérus par antéflexion ou antéversion, bascule en avant*, ou manœuvre de Sauter, Czerny, Fritsch, Demons. — Le fond de l'utérus est accroché soit avec les doigts, soit avec un instrument, une pince érigne dirigée le long des doigts, puis le fond de l'organe apparaît avec l'étage supérieur des ligaments larges qui subissent une torsion de près d'un demi-cercle.

β) *Dégagement de l'utérus par rétroflexion ou rétroversion. Bascule en arrière*, ou manœuvre de Blundell-Martin-Schrœder. — On accrochait autrefois le fond de l'utérus avec une pince spéciale (Bernays) ou un mandrin introduit dans la cavité utérine (Martin) ou encore une sonde d'homme introduite jusqu'au fond de l'utérus (Franger). Plus tard on s'est servi plus simplement des doigts introduits en crochet dans le Douglas, ou de pinces à traction placées sur la paroi postérieure de l'organe. Avec le fond de la matrice renversée, on voit apparaître l'étage supérieur des ligaments larges tordus ou tournés d'un demi-cercle, bas en haut.

Quatrième temps : Hémostase dernière et définitive. Extirpation monofragmentaire de l'utérus. — L'hémostase est faite par des ligatures, avec des fils entrecroisés placés de haut en bas, c'est-à-dire du bord supérieur vers la base du ligament large. Il faut trois fils pour chaque côté; le supérieur étreint l'étage supérieur; le moyen l'étage moyen; l'inférieur l'étage in-

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 3 et 6.

(2) Brenneke préconise un instrument qu'on introduit désarmé dans le col, puis dont on fait saillir les griffes qui s'implantent dans le tissu utérin par la face interne du col.

(3) Hofmeier pratique dans le même but ces pressions sur l'utérus par le rectum; manœuvre inutile et qui compromet singulièrement l'asepsie du doigt de l'opérateur ou de son aide.

férieur; tous trois doivent être fortement serrés afin d'éviter leur glissement. L'aiguille de Cooper est indispensable pour passer ces fils. La soie forte est le plus souvent employée ; mais on a aussi recommandé le catgut (Demons), la ligature classique (Olshausen) ou même le fil de fer. On commence par hémostasier un seul des ligaments larges, le gauche par exemple ; puis l'on sectionne en dedans de la rangée de fils, à distance de ces fils pour empêcher le glissement de la ligature, au ras du tissu utérin, avec le bistouri ou les ciseaux, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'anse galvano-caustique ou au thermocautère, comme Bottini et Anderson l'ont recommandé. L'utérus étant ainsi libéré par son col et l'un de ses bords, ne tient plus que par son seul pédicule vasculaire droit ; ce qui facilite singulièrement le placement des fils hémostatiques du côté droit. L'opérateur, pour cette manœuvre, peut en effet prendre l'organe utérin dans la main gauche, pendant que la droite, armée de l'aiguille de Cooper enfilée, place commodément les trois fils de droite. Ceux-ci une fois serrés, une section en dedans des fils termine l'opération en un instant, et l'utérus en un seul fragment reste dans la main gauche du chirurgien.

Cinquième temps. — Si les annexes sont malades, elles sont excisées au-dessous d'un fil; au contraire on les laisse en place lorsqu'elles le méritent. Ils ne reste qu'à parfaire l'hémostase de la tranche utérine. L'on peut, soit fermer l'orifice vaginal par quelques points de suture, soit le laisser ouvert.

Pansement.

Tel est le procédé qui a été employé par tous les chirurgiens français et étrangers lors de la renaissance de l'hystérectomie. Chez nous, il n'est guère d'utérus cancéreux qui n'ait été extirpé par ce procédé en 1884, 1885, 1886, jusqu'à l'avènement de l'hémostase par pinces à demeure de Richelot.

Deux graves défauts l'ont fait abandonner : 1° La pose des fils du premier ligament large est pénible, non pas pour la zone utérine qui est facilement accessible, mais pour la zone utéro-ovarienne, car le bord ligamentaire supérieur ne descend pas toujours suffisamment. Mal faite, cette ligature est très dangereuse; elle a donné plusieurs cas de mort par hémorragie (Terrier, Richelot, etc.). 2° Le procédé est inapplicable toutes les fois que l'utérus un peu gros ou adhérent refuse de se plier ou de basculer soit en avant, soit en arrière. Trélat, Gillette ont insisté sur la difficulté de cette manœuvre. Devant cette impossibilité, les chirurgiens se sont trouvés dans la nécessité de terminer l'opération comme ils le pouvaient.

II. *Procédé Richelot* (première manière pour utérus mobile) (1).

Premier temps : Incision du col. — Pendant que deux pinces de Museux, placées sur les lèvres du col, sont maintenues dans la main gauche et abaissent l'utérus, la main droite trace la section circulaire au bistouri du vagin, près de l'orifice externe du col.

Deuxième temps : Libération du col. — Avec le doigt, on désinsère le tissu paramétrique en avant et en arrière; en avant jusqu'au cul-de-sac péritonéal antérieur qui doit être ouvert largement. Comme manœuvre spéciale au cancer, Richelot a recommandé en 1887 l'excision d'une rondelle de vagin en tissu sain, comme donnant plus de garantie au point de vue de la récidive. Ce à quoi on a répondu que la récidive se fait dans le paramètre. Cependant la règle qui veut qu'on coupe toujours l'orifice du tissu cancéreux légitime parfaitement cette pratique, qui a été reproduite depuis par Doyen.

Troisième temps : Dégagement de l'utérus par rétroversion et bascule en arrière (selon la manœuvre de Blundell-Martin-Schrœder). — La bascule se fait avec le doigt, ou un crochet, ou une pince érigne. Avec le fond de l'utérus apparaît en bas le bord supérieur des ligaments larges. L'utérus se plie en deux; les souillures du museau de tanche ne vont pas toucher le péritoine. Le dégagement en rétroflexion, adopté par Richelot, a été généralisé par lui pour tous les utérus mobiles.

Quatrième temps : Hémostase dernière et définitive. Extirpation monofragmentaire de l'utérus. — On place une première pince de haut en bas, c'est-à-dire de la base du ligament large devenue supérieure, vers son bord supérieur devenu inférieur, en commençant à gauche. Cette pince, longue de 6 centimètres, comprend toute la hauteur du ligament, puisqu'on voit ressortir les extrémités des mors dans l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin. Section en dedans de la pince. L'utérus ne tient plus que par son pédicule vasculaire droit. Placement d'une deuxième pince, de la même façon sur le ligament large droit, ce qui est beaucoup plus facile. Section en dedans et l'utérus reste dans la main gauche en un seul fragment.

Cinquième temps. — Ablation des annexes s'il y a lésion. Hémostase complémentaire par une plusieurs pinces hémostatiques. Avec ces mêmes pinces, l'auteur rapproche le péritoine et la muqueuse vaginale, réalisant ainsi un « ourlet péritonéal ».

Pansement. — Tampons d'ouate iodoformée : veiller à isoler par ces tampons les pinces des parois vaginales; leur compression pourrait amener de petites escarres superficielles.

En résumé : le procédé de Richelot est assez rapprochable dans ses grandes lignes du procédé Récamier-Czerny, mais il en diffère par ce fait fondamental que la substitution systématique de pinces à demeure aux ligatures rend l'exécution de l'opération incomparablement plus facile. On peut remarquer que le placement des pinces de haut en bas est une très bonne pratique; que les pinces sont soigneusement appliquées au bon endroit après que les doigts ont préparé leur place. Comme il n'y a ici aucune hémostase préventive, ni aucun morcellement (extirpation monofragmentaire), le procédé de Richelot est à l'abri de tout reproche. Nous n'y ajouterions qu'une deuxième pince de sûreté de chaque côté, parallèle à la première, en vue de la rupture ou du dérapement possible d'une de ces pinces. Le seul regret qu'il est permis d'exprimer, c'est que le procédé devient inapplicable chaque fois que l'utérus, un peu gros ou adhérent, refuse de se plier en deux, et de basculer en arrière. Or, ces cas sont nombreux.

III. *Procédé de Doyen* (1) (Première manière).

Attitude de la malade : non pas dans la position de la taille, mais les jambes en extension formant avec le tronc un angle obtus déterminé. L'auteur attache une importance à cette attitude qui faciliterait les tractions dans l'axe du canal pelvien.

Premier temps : Incision circulaire du vagin. — Elle est faite aux ciseaux, comme Dupuytren autrefois,

(1) Richelot. — D'après Malapert, thèse de Paris 1893, p. 46, et Doyen, Richelot. De l'hystérectomie vaginale, Paris 1894.

(1) Doyen. — Technique chirurgicale, Paris, 1897.

et Jacobs plus récemment l'ont recommandé, non sur le col, comme d'ordinaire, mais assez bas sur le vagin dans le but d'enlever une rondelle de ce conduit. Le doigt insinué circulairement au devant des ciseaux, prépare, par décollement transversal, la voie à l'instrument (ciseaux). C'est donc l'incision de prévoyance de Richelot, mais faite, sans reprise, dès le premier temps de l'opération.

Deuxième temps : Décollement des tissus paramétriques, comme de coutume, par voie de décollement avec le doigt. — Lorsqu'on ne rencontre pas le cul-de-sac vésico-utérin, on ne s'attarde pas à l'ouvrir dès maintenant; il sera incisé au cours des manœuvres ultérieures, sans s'attarder à inciser dès maintenant le cul-de-sac vésico-utérin ; s'il n'est pas ouvert maintenant, il le sera ultérieurement.

Troisième temps : Hémisection antérieure et dégagement de l'utérus en antéflexion. — La seule paroi antérieure est incisée sur la ligne médiane (hémisection de Doyen), avec des ciseaux un peu forts ; et l'on procède progressivement au dégagement du corps de l'utérus, par l'application de pinces à abaissement plantées sur la tranche de section et qui infléchissent l'organe en antéflexion. Ces mêmes pinces, par leur traction, obturent, s'il y a lieu, les vaisseaux donnant du sang sur la surface sectionnée. Les deux pinces à traction mises au début sur le col sont repérées à l'aide d'une épingle de nourrice et laissées en place ; au contraire, les deux suivantes sont progressivement et symétriquement échelonnées de plus en plus haut sur la tranche cruentée, au fur et à mesure que l'incision médiane est complétée. Finalement elles attirent en infléchissant le fond de l'organe, suivi des ligaments larges qui bascule en avant. C'est la manœuvre de dégagement en antéflexion de Sauter, Czerny, Fritsch, Demons, modifiée et facilitée par une fissure médiane. Pendant tout ce temps, une valve utérine récline et soulève la vessie, le cul-de-sac vésico-utérin se trouve ouvert en dernier.

Quatrième temps : Hémostase dernière. Excision monofragmentaire fissurée de l'utérus. — Grâce aux doigts insinués en avant et en arrière des pédicules ligamentaires qu'ils étreignent, des pinces hémostatiques longues, du premier modèle (élastique cintrées de Doyen), soit du second modèle plus fort de l'auteur, sont placées de haut en bas sur le ligament large demi-tordu, c'est-à-dire du bord supérieur vers la base du ligament ; avec le soin de ne pincer que ce qu'il faut et de faire dépasser au bec le niveau de la base ligamentaire. De chaque côté, une deuxième pince de sûreté double la première (1). En tout quatre pinces. La section au ras des pinces, détache un utérus plié en deux, monofragmenté, mais fissuré sur la ligne médiane antérieure.

Cinquième temps : Ablation des annexes. — Ce temps n'est qu'une modification du précédent ; il consiste à placer les pinces en dehors de l'ovaire, si on veut les enlever, au ras de l'utérus dans le cas contraire. Toutes les pinces restent abaissées dans le vagin même lorsque le ligament large tordu s'est légèrement déplié.

Pansement.

Le procédé Doyen est digne d'une très grande considération. En outre des avantages communs à tous les procédés qui ne font ni hémostase préventive, ni morcellement ; il réalise, comme Richelot (première manière), un placement de pinces de haut en bas, irréprochable, puisque les pédicules septiques sont abaissés dans le vagin. Les pinces sont réduites à quatre seulement, le dégagement en antéflexion selon la pratique de Sauter, Czerny, Fritsch, Demons, s'y trouve singulièrement facilité par l'hémisection médiane. La suppression de toute manœuvre inutile fait que l'opération ne demande que quelques minutes d'exécution. Voilà ce qui constitue sa valeur.

Pour les petits utérus cancéreux, et pour tous ceux qui ne refusent pas de se plier en deux, c'est évidemment l'une des techniques les plus recommandables.

IV. *Procédé de Quénu* (Deuxième manière).

Attitude de la malade : position de la taille.

Premier temps : Incision circulaire du col. — Après curettage ou excision des bourgeons et végétations cancéreuses et désinfection dans la mesure du possible, le col ou ce qui en reste est abaissé par deux pinces de Museux distinguées par une épingle anglaise mise dans l'un des anneaux. Ces pinces sont placées aux deux commissures latérales, puis une incision est faite circulairement au bistouri, à distance de l'orifice externe du col afin de toujours tailler loin du mal, en tissu sain.

Deuxième temps : Décollement des tissus paramétriques. — Les doigts ou les ciseaux servent à ce décollement qui rase le col. Pendant la séparation de la vessie, une sonde est mise autant de fois qu'il le faut dans le réservoir vésical, enfin de servir de point de repère. Le cul-de-sac péritonéal est incisé, s'il se présente, mais on ne s'en préoccupe pas s'il n'est pas accessible maintenant. Dès que la vessie est libérée complètement, elle est réclinée et soulevée par une valve qui éloigne, avec la vessie, les uretères qui s'y rendent. Latéralement les tissus sont bien séparés par divulsion à l'aide des deux index introduits en crochet.

Troisième temps : Hystérectomie médiane totale et dégagement de l'utérus en deux valves par endoversion ou manœuvre de Quénu. — La totalité de l'utérus à partir du corps jusqu'au fond de l'organe, est progressivement sectionnée de bas en haut, avec des ciseaux forts sur la ligne médiane, zone avasculaire. Des pinces à traction, au nombre de deux à trois sont alternativement plantées sur les lèvres droite et gauche, abaissant progressivement l'utérus qui descend en endoversion à mesure qu'il s'ouvre en deux valves latérales. L'abaissement se fait facilement grâce à cette section médiane, et lorsqu'on arrive au dôme utérin, l'organe séparé en deux moitiés, se dégage dans l'axe, sans anté ni rétroversion, sans anté ni rétroflexion, mais en endoversion. Les pinces à abaissement se chargent d'hémostasier la tranche saignante au cas où elle saignerait, ce qui est exceptionnel.

Quatrième temps : Hémostase dernière. Excision bi-fragmentaire de l'utérus. — La section médiane totale, qui a été précieuse pour l'abaissement au temps précédent, ne l'est pas moins pour le placement des pinces hémostatiques, car chaque pédicule latéral utéro-ligamentaire, bien individualisé, peut être pris isolément dans la main pendant le placement des pinces. Celles-ci sont mises de haut en bas, du bord supérieur vers la base de chaque ligament large, et insinuées le long des doigts insinués en fourche pour préparer le placement des mors en bon endroit. Deux pinces, l'une

(1) D'après des expériences cadavériques de Lodain, on peut juxtaposer jusqu'à 3 pinces fortes de Doyen, sans blesser l'uretère, lorsque le lambeau vésical antérieur est bien relevé, l'utérus étant à la vulve. Cependant la quatrième pince, la plus externe, menaçait l'uretère.

doublant l'autre, suffisent de chaque côté. Dans le cas spécial d'utérus cancéreux qui seul nous occupe, les pinces sont toujours placées loin du bord utérin et du col, c'est-à-dire à distance maxima de toute région suspecte. Lorsque ce temps est terminé, l'excision en dedans des pinces abandonne dans la main de l'opérateur un utérus bifragmenté.

Cinquième temps : *Ablation des annexes*. — Ce temps est synchrone du précédent. S'il y a intérêt à enlever les annexes, il suffit de placer les pinces hémostatiques, non pas au voisinage de l'utérus, mais en dehors de l'ovaire, et d'exciser en dedans de ces pinces. On termine par une revision des pédicules et de la tranche vaginale avec hémostasie complémentaire, s'il est besoin.

Pansement. — Des tampons axiaux séparent l'un de l'autre les deux pédicules ligamentaires qui restent vaginaux. D'autres tampons pariétaux séparent chaque pédicule de la paroi vaginale voisine.

Ce procédé aurait un inconvénient selon Doyen (1) : « La division de l'utérus en deux moitiés symétriques, expose notamment à la réduction momentanée dans le péritoine, au cours de l'hémostase définitive du premier ligament large, d'une moitié de l'utérus ulcéré ou *cancéreux*, c'est-à-dire à l'infection de la séreuse. » Cette objection est purement théorique, et des faits aujourd'hui très nombreux démontrent que pareille complication ne s'est jamais produite. En vérité, on ne conçoit guère cette réduction alors que chaque moitié de l'utérus est sortie hors de la vulve. Pendant que le chirurgien travaille à l'hémostase de la première moitié utéro-ligamentaire, l'aide a pour mission de maintenir la deuxième moitié. C'est supposer celui-ci bien maladroit ou bien mal intentionné, que d'admettre qu'il refoulera jusque dans le ventre le pédicule dont il est momentanément le gardien. La crainte de Doyen est chimérique et son objection sans fondement.

Le procédé Quénu possède sans exception tous les avantages des hystérectomies sans hémostase préventive et sans morcellement. De plus, il partage avec le Richelot (première manière) et le Doyen (première manière) le mérite d'une hémostase de haut en bas, avec abaissement des pédicules septiques dans le vagin. Comme le Richelot (première manière) et comme le Doyen (première manière), il réalise l'incision de prévoyance du vagin, loin du col et loin du mal, et la colpectomie du fond du vagin. Comme le Doyen, il a la simplification de l'hémostase et sa réduction à quatre pinces, il a la suppression de toute manœuvre inutile. Mais il a plus : sur tous les autres, en particulier sur le Doyen, il a 1° la supériorité d'un abaissement en rectitude, suivant l'axe du pelvis (dégagement en endoversion). Ce dégagement est, en effet, toujours facile et toujours possible, tandis que la rétro ou l'antéflexion peuvent être difficiles; — 2° la supériorité d'un abaissement plus efficace par tractions, exercées, non pas sur l'une seulement des parois (hémisection), mais sur les deux parois simultanément (bisection); — 3° la supériorité d'une pédiculisation utéro-annexielle plus aisée et par suite d'un placement de pinces hémostatiques beaucoup plus facile.

(1) Doyen. — Tirage à part de *Archives provinciales de Chirurgie*, 1893, p. 107.

V. *Procédé de Doyen ou de Quénu modifié par une manœuvre de J.-L. Faure* (1).

L'hystérectomie est presque terminée, elle a été faite par le procédé de Doyen et celui de Quénu, l'utérus sectionné ou hémisectionné sur la ligne médiane est sorti hors de la vulve. Ici commence la modification de Faure, portant sur le 4e *temps*, ou d'hémostase dernière.

Quatrième temps : *Hémostase dernière et excision sexfragmentaire de l'utérus*. — Commencer par transformer l'hémisection médiane antérieure en section complète, si cela n'a été fait, par un coup de ciseaux sur la paroi postérieure du fond de l'utérus, dirigé dans la direction du col, mais n'entamant que le tiers supérieur de cette paroi.

1° Les cornes utérines se trouvent libérées, l'une d'elles, la plus accessible, la gauche par exemple est saisie solidement avec une pince, on la sectionne *transversalement*, perpendiculairement à l'axe de l'utérus, au-dessus de pinces médianes mises comme repère. Cette section transversale dépasse latéralement les limites de l'utérus et empiète de 2, 3, 4 centimètres au besoin, suivant la laxité, sur le ligament large. On a ainsi dans la main un morceau d'utérus (tiers supérieur de la moitié gauche) avec l'ovaire et la trompe et la partie correspondante du ligament large. Sur ce pédicule mince, on peut facilement placer une pince, ou mieux une ligature, en dehors de l'insertion ovarienne, et par une section en dedans du fil, on enlève en même temps la corne utérine, l'ovaire, la trompe, et le tiers supérieur du ligament large.

2° Même manœuvre de morcellement pour la corne utérine droite.

3° Même manœuvre, en prolongeant la suture médiane postérieure, sur l'étage moyen utéro-ligamentaire gauche ; qu'on libère en bas par une incision transversale gauche, puis qu'on incise sur une ligature.

4° Même manœuvre sur l'étage moyen utéro-ligamentaire droit.

5° Excision d'un cinquième fragment utéro-ligamentaire inférieur gauche ou moitié gauche du col au-dessous d'une ligature qui étreint l'utérine gauche.

6° Excision du dernier fragment restant, utéro-ligamentaire droit, ou moitié droite du col au-dessous d'une ligature qui étreint l'utérine droite.

Ce *modus faciendi* est un retour vers la complexité; aucun avantage n'est moins discutable. En général les procédés qui rejettent toute hémostase préventive, ont comme objectif la suppression du morcellement, et leur grand mérite est de simplifier le manuel opératoire. Ici, nous sommes arrivées au quatrième temps de l'opération, et l'on a pu éviter avantageusement et l'hémostase préalable et le morcellement. Et voici qu'au moment de terminer, le morcellement reparaît sous la forme géométrique de 6 fragments. Ce morcellement, a pour but de faciliter la pose de six ligatures, qu'il n'y a aucune difficulté à placer tout aussi bien sans cette manœuvre, puisque l'utérus est déjà hors de la vulve.

(1) J.-L. Faure. — *Presse médicale*, 24 octobre 1897. Cette manœuvre est présentée par l'auteur comme un *procédé*. Mais il dit lui-même qu'il commence par faire l'hystérectomie suivant le *procédé* de Doyen ou de Quénu, c'est-à-dire qu'en réalité, il fait le procédé de Quénu ou Doyen. La technique de Faure n'est pas un procédé d'hystérectomie, puisque l'extirpation de l'utérus lui-même est déjà presque terminée au moment où l'auteur entre en scène. C'est en réalité une *manœuvre*, ne concernant qu'*un seul des temps*, le temps final (quatrième temps) des procédés Doyen ou Quénu.

— Que peut-on penser d'un morcellement qui n'a même plus pour objectif la réduction d'une masse destinée à franchir un défilé retréci (seule raison d'être du morcellement en chirurgie), mais qui a pour but de placer commodément les fils? — Morcellement à l'aide de *sections transversales* dans l'utérus, croisant transversalement le hile vasculaire, non hémostasié préventivement; alors que ceux qui ne font pas d'hémostase préventive s'accordent à donner pour règle de ne jamais s'égarer dans les zones vasculaires, de rester dans la zone médiane parce qu'elle est avasculaire! Morcellement inutile puisqu'il fait son apparition alors que l'opération est déjà finie; que quelques minutes suffisent pour placer des pinces en bon endroit, puis exciser l'utérus en deux fragments seulement, avec faculté de remplacer les pinces immédiatement par des ligatures, si on tient aux ligatures.

En résumé, il est à présumer que cette manœuvre, basée sur une unique observation lors de la publication, ne pourra guère rester qu'une simple manœuvre d'auteur. Encore ne serait-elle, ainsi que l'auteur le reconnaît lui-même, applicable qu'à un nombre restreint de cas, à ceux ou l'utérus s'abaisse facilement et peut être presque complètement attiré hors de la vulve, soit par le procédé de Quénu, soit par celui de Doyen (1). Ce complément, selon toute vraisemblance, n'est pas destiné à un bien grand avenir.

De cette étude détaillée de technique, il ressort que, pour cancer de l'utérus, les procédés de la première classe, caractérisés par l'hémostase préventive et le morcellement, sont de tous les moins bons. Non seulement la technique y est indiciblement compliquée, mais elle peut être dangereuse (morcellement et déchiquettement d'utérus friables, végétants, saignants et très *septiques*). Leur complexité non justifiée les désigne comme inférieurs, et c'est comme procédés d'exception qu'il sont appelés à figurer par la suite. Les procédés de la 3e classe (ancien procédé français, ou dégagement en latéroflexion) ne sont aussi que des procédés d'exception (2).

Restent deux grandes classes: la 3e, qui garde l'hémostase préventive des utérines seulement, est de grande valeur par ceux de ses procédés qui évitent tout morcellement aussi bien du corps que du col. Elle soutient la comparaison avec la 4e classe (simplicité maxima, aucun morcellement, aucune hémostase préventive), car si l'une (la 3e classe) est moins simple, par suite du placement préliminaire de fils ou de pinces sur l'utérine, par contre, elle facilite mieux le dégagement par une libération plus complète du col.

Résultats.

1. *Résultats immédiats. Gravité de l'opération.* — Il est à peu près impossible de se faire une idée absolument exacte de la gravité et de la mortalité opératoire de l'hystérectomie vaginale, si l'on ne s'en rapporte qu'aux chiffres. Jamais la valeur nulle des statistiques collectives n'a été plus éclatante que dans la question qui nous occupe. C'est par milliers que se comptent aujourd'hui les interventions de ce genre, et lorsqu'on s'efforce de les rassembler en tableaux, forcément incomplets, on arrive aux résultats les plus étranges qui se puissent concevoir. Nous pourrions remplir un volume entier de dates et de nombres d'opérations, et ce travail pénible terminé, nous arriverions à des résultats surprenants. Pozzi, à plusieurs reprises, a tenté cette étude statistique. Jusqu'en 1877 la mortalité était de 82 p. 100, d'après Brunner. De 1877 à 1884, elle tombait à 32 p. 100 d'après le même auteur. Mundé, à cette époque (1884), ne trouvait que 28 p. 100. Deux ans plus tard, en 1886, Martin (de Berlin), ne dressant qu'une statistique de sélection basée sur la pratique de six des gynécologues allemands les plus compétents, trouvait 15,1 p. 100. En 1887, Hache, dans un travail collectif celui-là, et basé sur un nombre considérable de cas, arrivait à 24,47 p. 100. Plus l'on réunit de cas, plus le coefficient de léthalité paraît devenir considérable, même avec les perfectionnements de la technique. Il ne nous serait pas bien difficile de prouver, avec les chiffres, que dans dix ans, avec l'asepsie et l'habileté croissante, la proportion pour 100 de mortalité deviendra plus considérable qu'en 1877!

Il est sage de renoncer dès maintenant à chercher la vérité par ce moyen. Les résultats curieux auxquels on aboutit tiennent à maintes raisons. D'une part tous les inexpérimentés possesseurs d'une seule observation ou deux terminées par la mort fourmillent dans ces relevés généraux, et comme l'a écrit Pozzi, « on risque fort, avec de pareils dénombrements, d'obtenir la mortalité inhérente aux opérateurs et non à l'opération ». D'autre part, les cas les plus dissemblables se trouvent mélangés pêle-mêle : les cancers du corps avec ceux du col, les sarcomes avec les épithéliomes, les cancers propagés avec les petits cancers limités. Chacun comprend l'indication opératoire un peu différemment, et l'un accepte d'opérer alors qu'un autre trouve le cas au-dessus des ressources de l'art. Il faudrait réunir, dans le classement, des chirurgiens tous de même capacité et de même valeur; séparer en catégories distinctes, les cancers petits et limités, les cancers ayant déjà envahi le seuil du vagin ; les formes ulcéreuses, les formes végétantes, les cancers des cachectiques : ceux des femmes encore résistantes, ceux du corps, ceux du col, ceux des femmes jeunes ; des femmes âgées, des femmes enceintes, etc., etc. Un tel travail est impossible, et les résultats en seraient encore entachés d'une foule d'erreurs grossières.

Voici, a-t-on dit, un moyen de tourner la difficulté. N'admettez que la pratique de chirurgiens dont l'habileté et l'expérience sont avérées. Voyons ce que donne cette nouvelle interprétation des chiffres : la première statistique qui répond à ce desideratum est celle de Marius en 1886. Elle est déjà connue, mais nous la reproduisons, parce qu'elle va nous servir de criterium.

Statistique N° I (jusqu'en 1886).

Fritsch.	60	opérations avec	7	morts.
Léopold.	42	—	4	—
Olshausen.	17	—	12	—
Schrœder et Hofmeier. . . .	74	—	12	—
Staude.	22	—	1	—
A. Martin	66	—	11	—
	311	opérations avec	47	morts.
		Soit environ 15,1 pour 100.		

En face du tableau précédent, j'en établis un, procé-

(1) Doyen. — Technique chirurgicale. Paris, 1897.

(2) La bisection médiane totale et l'hémisection médiane antérieure ne réalisent ni l'une ni l'autre un morcellement, puisque ces sections n'ont pas pour but de réduire de volume la masse à dégager. Voir les conclusions analogues de Pichevin : De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, Paris, 1897, p. 68 : « La matrice ainsi fendue n'est pas morcelée, pas plus qu'elle ne le serait en cas d'hystérectomie abdominale, par exemple, si l'operateur faisait une incision sur le fond de la matrice, pour donner prise à des pinces destinées à soulever cet organe. » (Pichevin.)

dant également par sélection, et comprenant aussi six chirurgiens compétents, ayant publié leur pratique depuis 1886 jusqu'à 1897 :

STATISTIQUE N° II (depuis 1886 jusqu'en 1897).

Terrier (1), en 1891.	34	opérations avec	7 morts.
Doyen (2), en 1893.	23	—	2 —
Segond (3), en 1891.	33	—	7 —
Quénu (4), de 1892 à 1895. . .	11	—	0 —
Richelot (5), jusqu'en 1894 : 44 cas avec 3 morts ; de 1894 à 1895 : 14 cas avec 3 morts.	58	—	6 —
Bouilly (6), jusqu'en 1897. . .	127	—	25 —
	286	opérations avec	47 morts.
		Soit 16,4 pour 100.	

Il est difficile d'obtenir deux tables plus comparatives, et voici que j'arrive à conclure que depuis 1886 jusqu'à 1897, malgré les perfectionnements de la technique, malgré l'antisepsie, puis l'asepsie, plus soignées, malgré l'habileté croissante des opérateurs, la mortalité de l'hystérectomie vaginale pour cancer a augmenté de 1,2 pour cent depuis dix ans.

Est-ce donc affaire de nationalité ; je vais remplacer une statistique française par six chirurgiens compétents, étrangers, ayant également opéré depuis 1886 à 1897 :

STATISTIQUE N° III.

Léopold (7), jusqu'en 1889. .	80	opérations avec	4 morts.
Kaltenbach (8), jusqu'en 1889.	53	—	2 —
Dimitri de Ott (9), jusqu'en 1895	30	—	0 —
Landau (10), jusqu'en 1895. .	110	—	8 —
Olshausen (11), de 1894 à 1896.	100	—	1 —
Jacobs (12), jusqu'en 1897 . .	65	—	1 —
	438	opérations avec	16 morts.
		Soit 3,65 pour 100.	

C'est-à-dire qu'une malade opérée en France aurait 13 fois plus de chances de succomber que si elle est opérée à l'étranger ; ou, sous une autre forme, que les chirurgiens français tuent 16 malades, alors que les chirurgiens étrangers en tuent seulement 3 !!!

Je vais plus loin dans la sélection, et je la résume aux deux opérateurs qui ont de l'hystérectomie vaginale pour cancer la plus grande expérience, l'un opérant en France, l'autre à l'étranger, tous deux dans le même laps de temps, et sur un nombre de malades sensiblement équivalent.

STATISTIQUE N° IV.

Bouilly (13).	127 opérations avec	25 morts.
		Soit 19,68 pour 100.
Landau (14).	110 opérations avec	8 morts.
		Soit 7,29 pour 100.

(1) Terrier. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891.
(2) Doyen. — *Archives provinciales de chirurgie*, tirage à part, 1893.
(3) Segond. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891.
(4) Quénu. — *In* thèse de Lerake, Paris, 1896.
(5) Richelot. — De l'hystérectomie vaginale, Paris, 1894, et Congrès français de chirurgie, 1895.
(6) Bouilly. — *Semaine gynécologique*, 18 mai 1897.
(7) Leopold.—D'après Munchmeyper, *Archiv. f. Gynæcol.*, 1889.
(8) Kaltenbach. — *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889.
(9) Dimitri de Ott. — *Ann. de gynecol.*, octobre 1889, p. 241.
(10) Landau. — *Berlin. Klin. Wochens*, 1895.
(11) Olshausen. — 25e Congrès allemand de chirurgie, séance du 29 mai 1896.
(12) Jacobs. — *Journal d'accouchement* du professeur Charles 15 août 1897.
(13) Bouilly. — *Semaine gynécologique*, 18 mai 1897.
(14) Landau. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1895.

C'est-à-dire qu'il y a plus que la différence du simple au double !!!

En 1892, M. Pozzi (1) croyait exprimer à peu près les progrès réalisés en admettant comme moyenne 5 pour cent. M. Bouilly, en 1897, pourrait trouver là un optimisme excessif puisqu'il perd 19,68 pour cent de ses opérées ; et si M. Bouilly reportait la discussion sur le terrain général pour justifier son pessimisme, il aurait encore raison puisque la dernière statistique collective la plus étendue, celle de Byrne (2), en 1896, portant sur 1.273 cas, accuse encore 14,6 pour cent de mortalité.

Je cesse ici cette bataille de chiffres que j'ai prolongée un instant avec le double soin d'éviter tout groupement habile et celui de rendre les termes de comparaison aussi similaires que possible. J'ai voulu faire ressortir qu'il n'y a rien à espérer dans cette voie ; on a même entrevu que la preuve par les statistiques nous amène à des résultats absurdes. Cependant, il nous faut conclure et donner notre impression. Ne tenant aucun compte des chiffres, voici ce que nous croyons pouvoir dire : les hystérectomies vaginales pour cancer paraissent plus graves que les amputations du sein pour néoplasme ; mais elles supporteraient victorieusement, à notre avis, la comparaison avec les exérèses étendues pour cancer de la langue.

Les hystérectomies vaginales pour cancer sont, comparées à celles faites pour fibrome et pour suppuration pelvienne, d'un pronostic opératoire plus mauvais. Ce sont elles qui assombrissent les statistiques individuelles des grands hystérectomistes. A ce sujet, Richelot pense comme Bouilly, pense comme Landau, etc. Nous croyons toutefois qu'en possession d'une bonne technique, le chirurgien qui mettrait un soin tout particulier à discerner les cas et à bien préciser les indications opératoires, qui ne se laisserait pas entraîner à intervenir dans des cas qui dépassent la zone d'opérabilité, aurait des résultats sensiblement équivalents à ceux qu'on obtient pour fibromes et pour suppurations pelviennes.

Les hystérectomistes qui ont la plus grande expérience *pour cancer* : Bouilly, Richelot, etc., s'accordent à exprimer que leurs succès sont plus fréquents aujourd'hui qu'il y a quelques années. Ils ont conscience d'être en évolution vers le progrès, et chacun a le droit d'espérer mieux encore par l'avenir.

Quant à la cause de la mortalité, elle varie un peu. De 1880 à 1890, les opérées succombaient surtout et d'hémorragie et de shock-septicémie. Actuellement, les morts par hémorragie ont presque disparu avec nos techniques, mais le shock et la septicémie demeurent bien fréquents dans l'hystérectomie pour cancer. Le morcellement et le déchiquettement d'utérus, aussi septiques que ceux du cancer, ne seraient-ils pas un facteur important dans la persistance du taux élevé de la mortalité septicémique ? Nous l'admettrions volontiers et pourrions peut-être trouver là un nouveau grief contre les hystérectomies morcelantes, s'il était besoin encore de faire leur procès après ce que nous avons exposé dans l'étude de la technique.

Résultats éloignés. Valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale pour cancer. — Chacun connaît les conclusions auxquelles nous allons aboutir : les résultats éloignés sont médiocres, les guérisons *durables* sont la grande exception ; quant aux guérisons *défini*-

(1) Pozzi. — Traité de gynécologie, 1892.
(2) Byrne. — *Med. News*, 13 juin 1896.

tives, personne n'est en droit d'en soutenir l'existence, puisque des récidives ont été vues après trois ans, après quatre ans, après cinq ans, alors qu'on croyait le succès remporté pour toujours. Il nous serait encore possible de tenter de résoudre le problème des résultats éloignés à coups de statistiques, et ce serait un moyen d'arriver encore à des conclusions paradoxales. Il y a des statistiques si belles qu'elles font naître la méfiance, il y en a d'autres trop sombres. Mais si nous n'avons pu, par les chiffres, établir l'exacte ou même l'approchante mortalité immédiate, les chiffres, cette fois, s'accordent tous pour proclamer la médiocrité des suites lointaines. Nous ne citerons que deux statistiques, l'une collective, l'autre individuelle, qui sont les plus récentes : après avoir colligé plus de 400 cas tirés de la pratique française, Lairé (1) termine en ces termes : « *La récidive est la règle*, elle est extrêmement fréquente dans la première année, diminue un peu dans la deuxième année, puis dans les suivantes. » Reportons-nous maintenant à la statistique individuelle française la plus récente et la plus étendue : celle de Bouilly (127 cas), statistique qui n'est pas reproduite dans le travail de Lairé. Bouilly écrit : « Quel que soit le siège initial du néoplasme, quel que soit l'âge des malades, le pronostic thérapeutique reste le même que celui du cancer en général : *la récidive, le plus souvent prochaine, plus rarement éloignée, est la règle absolue*, la guérison vraie parait être tout à fait exceptionnelle. » Donc, accord parfait ; telle est, sans aucun doute, la triste réalité.

Existe-t-il des formes plus immédiatement décevantes que certaines autres ? Oui, certainement ; nous avons déjà parlé de la carcinose galopante de l'utérus chez les jeunes femmes, ou celles qui nourrissent, dont Tillaux, Tédenat, Pozzi, Bouilly ont opéré quelques exemples, et qui, malgré l'hystérectomie, ont évolué comme les pires des cancers. Il faut peut-être aussi établir une différence entre les cancers du corps et ceux du col. Le Dentu (2) croit les premiers un peu moins graves ; au contraire, Bouilly, Jacobs les considèrent comme également mauvais.

S'ensuit-il que l'hystérectomie vaginale soit inutile (Prior) dans le cancer utérin et qu'il nous faille désarmer ? Nullement, et bien au contraire, nous estimons que c'est pour nous un impérieux devoir de l'appliquer chaque fois qu'elle est indiquée. Ou bien renoncez à la chirurgie de tous les cancers, ou bien, si vous admettez l'extirpation de la mamelle et de la langue, ne faites pas exception pour l'utérus, car des trois opérations radicales, les résultats éloignés se valent, et des trois l'hystérectomie vaginale n'est vraisemblablement pas la plus meurtrière. En matière de néoplasme, nous devons nous montrer modestes et nous contenter de peu. Il faut faire l'exérèse totale, vaginale disons-nous aujourd'hui, abdominale dira-t-on peut-être demain, parce que ses résultats sont loin d'être nuls, et qu'ils peuvent encore nous réserver des surprises dépassant nos espérances à un double point de vue.

I. A titre *palliatif*, l'hystérectomie procure parfois des bénéfices temporaires réels. Elle supprime d'emblée tous les symptômes pénibles, dans la période intercalaire qui sépare l'opération de la récidive. « Les malades peuvent avoir l'illusion et ont tous les bénéfices de la guérison radicale et complète. Plus d'hémorragie, plus de perte d'aucune sorte, plus de douleurs, aucune gêne fonctionnelle, aucune apparence visible de mutilation, elles ont du coup l'idéal du résultat opératoire. » (Bouilly.) On voit même des résultats excellents et inattendus du côté de l'état général comme chez cette opérée dont parle Richelot « pour qui l'influence de l'opération fut presque extraordinaire ; la malade reprit vite de l'appétit, ses forces et un teint normal ; on l'appelait dans le service : la femme déjaunie ». Bref, l'hystérectomie est la meilleure des opérations palliatives (Bouilly). Mais il y a mieux à attendre encore.

II. *Elle peut donner des survies.* — Par survie il faut estimer l'espace de temps compris non pas entre l'opération et la date de la mort, mais entre l'opération et la première trace de récidive. Or, ces guérisons prolongées existent certainement ; elles ne sont même pas la rarissime exception, puisque chacun en compte un ou plusieurs cas à son actif. On a cité il y a quelques années des survies de 2, 3, 4, 5, 6, 7 ans, empruntées à la statistique de Léopold. Richelot rapportait en 1894 des faits analogues de G. Reverdin, de Dimitri, de Ott, de Thuin, de Olshausen, datant de 4, 5, 7 et même 9 années. Sans sortir de France, et plus récemment, nous avons pu facilement multiplier ces heureux exemples. Une des 19 opérées de Pozzi a été retrouvée sans récidive après 3 ans ; — deux des 11 opérées de Quénu ont été revues sans récidive l'une après 3 ans, l'autre après 6 ans ; — une de Terrier et Hartmann après 5 ans et une autre après plus de 3 ans ; — 3 des 12 opérées de Hartmann ont été revues sans récidive après 3 ans ; — une des 15 opérées de Ricard après 4 ans, et une autre après 2 ans ; — 3 des 15 opérées de Schwartz après plus de 4 ans, plus de 3 ans, plus de 2 ans ; — 3 des 31 opérées de Routier après 5 ans, après 3 ans 1/2, après 3 ans ; — une des 127 opérées de Bouilly est restée sans récidive pendant 4 ans 1/2 ; — une de Le Dentu pendant 6 ans et 6 mois ; — et surtout 10 des 62 opérées de Routier ont été revues guéries après 9 ans 1/2, après 9 ans, après 6 ans, après 5 ans 1/2, après 5 ans, après 4 ans 1/2, après 4 ans 1/4, après 4 ans, après 3 ans 1/2, après 3 ans. Voilà des résultats bien consolants. En résumé : l'hystérectomie vaginale pour cancer dans ses suites éloignées peut supporter la comparaison avec les opérations radicales pour cancer de la langue, et pour cancer du sein ; concluons donc, jusqu'au jour où l'abdominale totale pour cancer aura fait ses preuves, que « le mieux que nous ayons encore trouvé, c'est l'hystérectomie et voilà pourquoi nous ne cessons de plaider sa cause » (1), que cette hystérectomie d'ailleurs soit vaginale ou abdominale.

(1) Lairé. — Résultats de l'hystérectomie vaginale dans le cancer, thèse de Paris, 1896.

(2) Le Dentu. — Pronostic de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 14 décembre 1897.

(1) Richelot. — *Loco citato.*

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899 devant l'École supérieure de Pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de physique à l'École de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Nantes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LES VIANDES DE CONSERVES DANS L'ARMÉE. — Pour arriver à déterminer rigoureusement les causes des accidents survenus à la suite d'ingestion de viandes de conserves et prendre les mesures propres à en empêcher le retour, le Ministre de la Guerre a constitué une Commission composée de MM. les Drs Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Kelsch, Vaillard ; MM. Duclaux, Moissan et Trasbot, de l'Institut ; Boussou, pharmacien-major ; Raizo et Jasseron, du corps de l'intendance ; Courbebaisse et Feldmann, colonels.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du Diabète syphilitique.

Ce n'est guère que depuis vingt-cinq ans qu'on s'est occupé sérieusement des rapports du diabète avec la syphilis. Jusqu'alors les médecins de tous pays se contentaient de consigner dans les journaux le résultat de leurs recherches cliniques, se demandant à propos de chacune d'elles, s'il n'y avait pas un diabète d'origine syphilitique. Quand un malade présentait des troubles cérébraux tels que convulsions, céphalée, paralysies oculaires ou des membres, et qu'il portait des exostoses sur quelques points du corps, on attribuait ordinairement l'existence du sucre dans l'urine à des gommes dans la région du quatrième ventricule. C'était logique. On soumettait alors le malade au traitement mercuriel et ioduré, et ces divers phénomènes morbides s'amendaient, parce que la tumeur qui les avaient occasionnés, avait elle-même diminué de volume. Il est probable que ce traitement eût échoué si elle eût été de toute autre nature, et alors, l'affection se serait aggravée et eût fini par amener la mort. De telle sorte que dans tous les cas de ce genre, c'est à la tumeur elle-même plutôt qu'à sa spécificité, et à la position qu'elle occupait durant la vie et non à sa nature, qu'il faut attribuer la glycosurie que l'on avait constatée.

A côté des cas où le diabète est placé directement sous la dépendance de lésions cérébrales, il est d'autres formes où l'on ne peut constater de manifestations locales du côté du cerveau ou de la moelle. Tout se borne à quelques gommes dans les muscles ou à des exostoses sur les tibias, et encore il y a d'autres cas, où l'on ne découvre aucun de ces processus scléreux, quoique le malade ait franchi depuis longtemps la période secondaire de la syphilis. Sans doute, c'est ce qui a amené Lecorché à dire que si le diabète évolue avec d'autres manifestations de la syphilis, il peut exister en tant que manifestation unique de cette diathèse.

Au point de vue pathogénique, Charnaux distingue trois formes de diabète syphilitique :

1° Le *nerveux*, qui relève d'une altération des centres nerveux;

2° Le *pancréatique*, qui peut exister de par le fait d'un syphilome du pancréas;

3° Enfin le *para-syphilitique*, parce qu'on le rencontre chez des malades ayant des antécédents personnels ou héréditaires d'arthritisme.

La première forme est assurément la plus commune et la moins discutable. Quant à la seconde, il n'y a guère que l'observation de Michaïloff qui plaide en sa faveur. Mais, si on examine de très près le cas que relate cet auteur, on y trouve des phénomènes complexes : hémiplégie avec aphasie, tumeur du pancréas, glycosurie, insuffisance tricuspide, emphysème pulmonaire, enfin syphilis. Il est vrai que sous l'influence du traitement spécifique le malade guérit et de son diabète et de sa tumeur. Ce qui fait dire à Michaïloff que cette dernière était de nature syphilitique — ce qui me parait indubitable — et que c'est elle qui avait amené la glycosurie — ce qui me parait douteux, attendu que son malade avait éprouvé, plusieurs années auparavant, des troubles nerveux graves occasionnés par un processus scléro-gommeux du quatrième ventricule. De telle sorte que ce cas appartiendrait tout autant à la première forme du diabète qu'à la seconde.

La troisième variété comprend, d'après Charnaux, les malades ayant des antécédents personnels ou héréditaires d'arthritisme. Chez eux, la syphilis remplit simplement le rôle de cause occasionnelle dans la production du sucre. S'il en était ainsi, le traitement spécifique ne jouirait que d'une importance secondaire dans ces cas. Or, partout où la syphilis avait évolué sur un terrain arthritique, c'est la médication hydrargyrique et iodée seule qui produisit de bons résultats.

Pour Lecorché, le diabète sucré syphilitique est une entité morbide aussi indéniable que le diabète goutteux; et, il peut surgir, ajouterons-nous, à toutes les phases de cette diathèse. De Servantie en signale un cas chez un ouvrier cordonnier de 30 ans, peu après l'apparition des accidents secondaires. Au commencement de 1874 il avait eu un chancre induré, et en septembre des plaques muqueuses à l'anus et à la bouche, qu'il ne soigna pas. Fin décembre, il se déclara une polydipsie très prononcée avec polyurie (8 à 10 litres) émission de 75 à 85 grammes de sucre en 24 heures, amaigrissement, affaiblissement général et boulimie. Tel que nous le concevons, ce diabète est difficilement explicable anatomiquement par la position même des lésions spécifiques, au moins en ce qui concerne les deux premières périodes; c'est à l'infection générale produite par le virus syphilitique qu'il faut imputer la polydipsie, la polyurie et la présence du sucre dans les urines. Nous voyons fréquemment dans la pratique le diabète classique reconnaître pour cause efficiente la grippe, la scarlatine, la fièvre typhoïde ou l'érysipèle; pour quel motif la syphilis n'amènerait-elle pas un résultat analogue, sa virulence étant tout aussi élevée que celle de ces dernières maladies infectieuses?

Les symptômes du diabète sucré syphilitique sont identiques à ceux du diabète vulgaire : soif exagérée, polyurie, amaigrissement progressif, déperdition des forces; mais la marche du premier est beaucoup plus rapide que celle du second. Cette circonstance tient plutôt à ce que la maladie a été méconnue à son début qu'à sa nature infectieuse. Quand un diabétique réclame le secours de notre art, il ne nous est pas toujours possible de savoir exactement s'il a contracté la syphilis, s'il la possède encore, du moment qu'il ne porte pas sur le corps des marques de cette affection. On le soumet alors au régime, aux alcalins, à l'antipyrine. On est tout surpris quinze jours après, de voir que le sucre, la polydipsie et la polyurie ont resté stationnaires ou ont augmenté, que l'amaigrissement persiste, et que les forces au lieu de se relever ne font que baisser. On change alors de médication; on a recours à l'arsenic, à l'hydrothérapie : même insuccès. Il en est de la sorte jusqu'à ce qu'on ait mis le doigt sur la nature du mal; ce qui peut se faire attendre plusieurs mois.

Le diabète gras, ordinaire, ne guérit qu'exceptionnellement. Certes, sous l'influence du régime et du traitement classiques, le sucre diminue rapidement, disparait

même complètement, mais tôt ou tard il revient et reste à un taux qu'il est difficile de faire baisser. Si par hasard on n'en constate plus dans l'urine, on peut être à peu près certain qu'il y reparaîtra dès que le malade reprendra ses habitudes premières. Le diabète sucré syphilitique ne se comporte pas de cette façon ; aussitôt qu'on a eu recours à la médication hydrargyrique et iodée, l'urine revient peu à peu à son état normal. Ce résultat serait assurément insuffisant, s'il n'était qu'éphémère, mais il est durable, pourvu qu'on persiste dans cette voie thérapeutique. Il n'est pas nécessaire d'astreindre en même temps le malade à un régime quelconque, ni de recourir aux alcalins et à l'arsenic, le mercure et l'iodure de potassium se chargeront du rétablissement de sa santé, quelle que soit la période de son affection. Aussi, au point de vue du pronostic, je ne suis pas de l'avis de Charnaux, qui le considère toujours comme grave. Leudet, Frerichs ont soigné des diabétiques sucrés syphilitiques qui succombèrent à des accidents cérébraux. D'autre part, Fisher cite le cas d'un homme de 40 ans, qui eut à différentes reprises des attaques de paralysie avec perte de connaissance et qui fut grandement amélioré à l'aide de frictions mercurielles, de calomel, de bains de vapeur et de toniques. Feinberg a observé des paralysies partielles, des attaques épileptiformes qui guérirent par le même moyen ; pourtant il échoua dans un cas.

Si le pronostic n'est pas fatalement mortel lorsque le diabète sucré syphilitique s'accompagne de troubles cérébraux, il est encore bien moins grave lorsqu'ils font complètement défaut. A Vichy, j'ai vu des diabètes sucrés syphilitiques sans aucune manifestation du côté de l'encéphale qu'on peut appeler, avec De Servantie, des diabètes d'emblée, s'améliorer rapidement et guérir finalement sous l'influence du traitement spécifique quoique les malades n'observassent aucun régime et qu'ils n'absorbassent de l'eau minérale que pour sauver les apparences. Chez ceux que j'ai revus les années suivantes, le sucre n'avait pas reparu, l'embonpoint s'était maintenu, la soif s'était apaisée, à vrai dire de temps en temps ils étaient revenus à la médication mercurielle et iodée.

Ainsi que le diabète sucré, le diabète insipide se manifeste dans le cours de la syphilis dont il est parfois le symptôme unique. En 1875, un étudiant contracte la syphilis qu'il traita par les mercuriaux. Les accidents locaux disparurent assez vite, et ce jeune homme n'eut dans la suite, ni exostoses, ni gommes, ni troubles nerveux, mais dix ans plus tard il fut envoyé à Vichy pour un diabète insipide caractérisé par une soif ardente, l'émission quotidienne de 8 à 10 litres d'un liquide clair sans sucre ni albumine et très peu d'urée, enfin la diminution progressive des forces. Malgré les recherches les plus actives on ne put découvrir chez lui de tares héréditaires.

Dès le lendemain de son arrivée, on lui administra des douches froides et de l'eau minérale à dose assez élevée. Huit jours après la polyurie avait augmenté d'une façon sensible ; ce malade urinait alors quotidiennement 12 litres d'un liquide sans couleur, sans sucre, ni albumine. Tous les autres symptomes avaient suivi la même progression croissante. On eut l'idée de recourir à l'iodure de potassium, tout en maintenant l'hydrothérapie, mais en diminuant la quantité d'eau minérale dans des proportions telles qu'elle ne pouvait avoir aucune action thérapeutique. Vingt-cinq jours après, les forces étaient revenues, la soif avait disparu et le malade n'urinait plus que 1.800 grammes de liquide dans les 24 heures. Depuis ce moment la polyurie n'est plus revenue ; il est bon d'ajouter que de crainte de la voir renaître on a recours de temps en temps à l'iodure de potassium.

Il arrive enfin que le diabète insipide ne se manifeste qu'à une période très avancée de la syphilis et coïncide avec des troubles nerveux d'une certaine gravité. En 1889 Lecorché et Talamon publiaient dans la *Médecine moderne* deux cas de syphilomes cérébraux avec diabète insipide. Chez le premier de ces malades la polyurie fut au début de 5 à 6 litres, mais arriva progressivement à 9 ou 10 litres. L'amaigrissement et l'affaiblissement furent, disent-ils, si rapides que cinq ou six mois après l'apparition de la polyurie, il fut obligé de se mettre au lit. Alors il se produisit une névralgie cervico-dorsale avec rayonnements dans les deux bras, bientôt suivie de spasmes épileptiques dans le bras et la jambe du côté droit. Dans le second cas, la polyurie était moins marquée (5 à 6 litres au lieu de 9 à 10) ; par contre, les souffrances étaient beaucoup plus accusées : douleur persistante de la moitié droite de la tête s'exaspérant sous forme de crises, de tic douloureux ; troubles trophiques de la narine et des gencives du côté correspondant. Les irradiations névralgiques dans le bras droit indiquaient même que les lésions s'étendaient jusqu'aux racines du plexus brachial.

Le diabète insipide syphilitique présente les mêmes caractères symptomatiques et la même marche que le diabète insipide vulgaire, mais, il paraît résister davantage à la médication spécifique que le diabète sucré d'origine syphilitique.

L'iodure de potassium produisit, il est vrai, des résultats satisfaisants chez la personne qui vint faire une saison à Vichy, en 1885 ; chez le premier malade de Lecorché et Talamon, l'iodure de potassium et le mercure amenaient une amélioration rapide, mais elle n'était pas durable, la polyurie remontait au bout de quelques jours à son taux antérieur, dès qu'on suspendait la médication spécifique. Dans le second cas l'échec fut complet.

Il ressort de tout ce que nous venons de dire que la syphilis a une influence indiscutable sur le diabète sucré et sur le diabète insipide ainsi que sur leur terminaison ; qu'ils peuvent être précédés ou accompagnés de troubles nerveux, mais qu'ils peuvent l'un et l'autre exister et évoluer sans eux, à titre de symptôme unique de la syphilis. J. Cornillon.

Hygiène publique.

Un vétérinaire de Bernay vient d'être condamné à huit jours d'emprisonnement et à 100 fr. d'amende pour avoir un soir, après avoir copieusement dîné, *uriné le long d'un omnibus* où se trouvaient plusieurs personnes. Ce fait

nous amène à revenir sur une pratique trop fréquente des cochers de fiacre et des charretiers de la ville de Paris dont un trop grand nombre ne se gênent pas pour uriner le long de leurs voitures sans se préoccuper des passants. Outre le côté indécent de cette mauvaise habitude, elle n'est pas sans inconvénient au point de vue de la propreté et de l'hygiène. Nous la signalons de nouveau à M. le Préfet de Police et à son Conseil d'hygiène. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 mars 1899. — PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

MM. CHARRIN et LEVADITI ont fait des expériences sur *la quantité d'eau à l'état physiologique dans les divers segments de l'intestin*. Au cours des expériences sur les toxines introduites en diverses régions de l'intestin, les auteurs ont vu qu'il y avait des quantités considérables de liquide, et d'autant plus abondantes qu'on se rapprochait davantage de l'estomac, c'est-à-dire des portions actives de l'intestin. Après avoir fait des ligatures sur ces divers segments, la constatation fut la même. La présence de ce liquide indique un rôle de première utilité: l'eau, en dehors des hydratations, participe aux dédoublements, aux émulsions, aux peptonisations, aux fermentations; allant même jusqu'à jouer, dans certaines conditions, le rôle de ferment (Desgrez). De pareilles données semblent également en relation avec les fonctions d'élimination et d'absorption que l'intestin exerce à l'état physiologique; l'histoire des entérites urémiques, le mécanisme des déterminations intestinales, les poisons microbiens ou autres injectés par diverses voies établissent la réalité de ces propriétés; comme les phénomènes de la digestion, de l'assimilation, attestent l'existence de ces attributs.

M. DOMINICI a observé dans le sang du lapin deux *polynucléaires* absolument distinctes, auxquelles correspondent, dans la moelle des os, deux myélocytes: entre les myélocytes et les polynucléaires existent tous les intermédiaires; les transitions sont représentées par la transformation du noyau qui se découpe et bourgeonne, évoluant vers l'état polymorphe.

M. DOMINICI. — Parmi les éléments de la moelle osseuse du lapin subissant un processus de multiplicité sous l'*influence de l'infection par le bacille d'Eberth*, l'auteur signale les myélocytes, souche des polynucléaires, et les éléments de la série hémoglobinifère, souche des globules rouges ordinaires. Ainsi sont assurées l'hyperleucocytose de défense et l'intégrité du taux hématimétrique et hémachrométrique du sang circulant. Dans les mêmes circonstances, indépendamment des hématies nucléées, peuvent apparaître dans le milieu sanguin de grands mononucléaires différant des mononucléaires ordinaires par leur protoplasma très basophile. Ces éléments abondent dans la lymphe et les ganglions des animaux infectés. Dans le tissu splénique hyperplasié des animaux infectés, à côté des grands macrophages, les auteurs ont trouvé des cellules mononucléées à protoplasma granuleux comparables aux myélocytes, souches des polynucléaires éosinophiles et pseudo-éosinophiles.

MM. RAMON et PICOU. — La *macération de tænia inerme* dans 250 grammes de sérum physiologique donne un produit très bactéricide pour les microbes intestinaux. Le bactérium coli seul se développe dans ce liquide pur ou additionné d'un peu de bouillon. Le bacille de Koch ne donne aucune culture appréciable. Aussi a-t-on remarqué que les individus porteurs de tænia ont rarement d'infections intestinales (tuberculose ou diarrhées).

M. BONNIER a observé chez un malade atteint de *fracture des deux rochers*, des signes permettant d'établir à droite une fissure intéressant la totalité du labyrinthe, et à gauche l'effleurant au niveau du canal transversal pour atteindre surtout la caisse : paracousie paradoxale à gauche seulement et limitée aux sons parvenant à la moitié gauche du corps.

MM. PHISALIX et CLAUDE ont observé après *injections successives des microbes de septicémie du cobaye*, des lésions hépatiques caractérisées par la dégénérescence graisseuse et reproduisant de façon nette le type du lobule interverti avec espace porto-biliaire au centre et espace veineux sus-hépatique à la périphérie.

MM. TOULOUSE et MARCHAND ont étudié la température de deux *mélancoliques* abandonnées pendant quinze jours à leur vie normale et soumises ensuite quinze jours au repos au lit. La température s'abaisse notablement au-dessous de la moyenne quand les malades sont levées et se relève dans les périodes de coucher.

M. J. COURMONT. — Chez le cheval et l'âne, la présence du tétanos n'augmente pas le pouvoir agglutinant normal du sang, et chez les animaux comme le lapin, ce pouvoir agglutinatif qui manque normalement n'apparaît pas par l'inoculation simple, mais peut apparaître par une immunisation solidement établie.

MM. MALHERBE et MONNIER (de Nantes) ont observé chez un vieillard de 80 ans, outre un phimosis, une induration ligneuse tout le long du corps caverneux, consécutive à une ulcération gangréneuse balano-préputiale avec suppuration abondante et fétide et à évolution apyrétique. L'état était dû à un petit diplo-bacille qui put être isolé, c'est un para-coli-bacille, pouvant être rangé à la suite des cinq types de Gilbert et Léon. Il ne fut pas inoculable, et n'a sans doute dû son action qu'au terrain seul.

M. LIVON (de Marseille) envoie une note sur l'*influence de l'extrait pituitaire sur la tension sanguine*.

M. VIDAL (de Périgueux) envoie ses recherches sur *la sympathectomie expérimentale pour crises épileptiformes chez le cobaye*.

M. FABRE-DOMERGUE lit une note de M. CURTIS affirmant les conclusions de M. Bru (d'Alger) sur le *parasitisme du cancer*. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mars 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

Traitement de l'appendicite.

M. RECLUS combat la distinction proposée par M. Ferrand entre les diverses formes d'appendicite. Toutes les appendicites sont suppurées; toutes exigent l'intervention.

M. TILLAUX commence par critiquer vivement l'aphorisme de M. Dieulafoy : « On ne doit jamais mourir d'appendicite. » Voici la ligne de conduite adoptée par M. Tillaux. « Lorsqu'au cours d'une appendicite il se produit, même à une époque rapprochée du début, des signes pouvant faire craindre que la résolution ne se produise pas, pouvant faire croire que le traitement médical ne suffira pas, il faut avoir recours au traitement chirurgical. En dehors de ces cas, il vaut mieux attendre et n'intervenir qu'à une période tardive, car l'opération faite « à froid » est bien préférable pour le malade. Le grand progrès fait dans le traitement de l'appendicite résulte de la connaissance des récidives de cette affection, récidives qui sont de plus en plus graves : de cette notion dérive l'opération de l'appendicite « à froid » après la guérison des phénomènes aigus. Je crois donc que c'est un devoir pour le chirurgien de conseiller l'ablation de l'appendice au sujet qui vient d'avoir une attaque d'appendicite. Ce devoir devient plus impérieux encore lorsqu'il s'agit d'une appendicite à rechute, car c'est dans ce cas-là que survient la perforation subite de l'appendice, avec péritonite suraiguë généralisée, contre laquelle le traitement chirurgical ne pourra rien. »

Capitonnage des hydronéphroses ; anastomose néphro-urétérale.

M. ALBARRAN présente une malade lithiasique chez qui la suture en capiton d'une hydronéphrose suivie plus tard

d'une anastomose de l'uretère à la partie la plus déclive de la poche restante donna les plus heureux résultats.

Intervention chirurgicale hâtive dans le cancer de l'estomac.

M. LANDOUZY présente une femme qui a subi la résection des trois quarts de l'estomac pour épithélioma. L'opération date de quatre mois au moins; et la malade va très bien. Aussi M. Landouzy estime que les chirurgiens ont raison quand ils disent que l'intervention au début est le meilleur moyen palliatif; sinon radical.

M. BARETTE (de Caen) lit une note sur un *fœtus monstrueux double monomphalien sternopage.*

Liste de présentation pour la place vacante d'associé libre : 1re ligne, M. Filhol ; 2e ligne, M. Galippe ; 3e ligne, MM. Commenge, Corlieu ; 4e ligne, MM. Galezowski, J. Voisin.

Commissions des prix pour 1899.

Académie. MM. Sée, Malassez, François Franck. — *Alvarenga.* MM. Dieulafoy, Peyrot, Regnard. — *Amussat.* MM. Tillaux, Richelot, Delorme. — *Argenteuil.* MM. Guyon, Ch. Monod, Le Dentu. — *Barbier.* MM. Raillict, Roux, Ferrand. — *Bourceret.* MM. Chauveau, Cornil, Malassez. — *Buignet.* MM. Gautier, Gariel, Marty, Bourquelot, Duguet, Lucas-Championnière. — *Capuron.* MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes. Pozzi. — *Chevillon.* MM. Besnier, Berger, Richet. — *Civrieux.* MM. Magnan, Richer, Motet. — *Clarens.* MM. Proust, Colin, Vallin. — *Daudet.* MM. Chauvel, Terrier, Lancereaux. — *Desportes.* Section de thérapeutique. — *Godard.* MM. Labbé, Terrier, Reclus. — *Herpin* (de Genève). MM. Magnan, Motet, Richer. — *Laborie.* Section de chirurgie. — *Baron Larrey.* MM. Huchard, Le Roy de Méricourt, Laveran. — *Laval.* MM. Jaccoud, Debove, Brouardel. — *Lefèvre.* MM. Laborde, Richer, Motet. — *Lorquet.* MM. Motet, Fernet, Magnan. — *Meynot.* MM. Chauvel, Javal, Panas. — *Monbinne.* MM. Lucas-Championnière, Nocart, Landouzy. — *Nativelle.* MM. Hanriot, Jungfleisch, Bourquelot. — *Pourat.* MM Pouchet, Marcy, Robin. — *Ricord.* MM. Lancereaux, Hallopeau, Fournier. — *Vernois.* MM. Nocard, Vallin, Brouardel. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars 1899. — PRÉSIDENCE DE M. RAYMOND.

Spondylose rhizomélique.

M. G. GASNE rapporte l'observation d'une femme atteinte de spondylose rhizomélique, jusqu'alors l'on n'avait observé cette affection que chez les hommes. Le début a été insidieux. L'ankylose des hanches s'est faite en flexion, en abduction et rotation externe. L'ankylose de la colonne vertébrale a respecté la région cervicale et les articulations des côtes. Pas de craquements, ni d'exostose. La maladie une première fois disparut complètement sans laisser de traces. On est, à l'heure actuelle, en présence d'une récidive qui s'améliore très nettement. Ce fait va à l'encontre des cas de M. Marie, qui prétend que la spondylose rhizomélique est progressive dans sa marche inexorable. M. Raymond a signalé un cas analogue. Malheureusement aucun renseignement ne permet de déceler les causes de la maladie.

Noyau de gangrène pulmonaire. Traitement chirurgical.

M. FERNET cite l'observation d'un malade présentant les signes de la pneumonie au sommet droit, mais ayant une haleine et une expectoration très fétides. Au bout d'un mois la fièvre augmentant et aucune amélioration ne se produisant, M. Fernet fit intervenir M. Lejars qui opéra le malade, la plèvre adhérait, on tomba en incisant sur une cavité de la grosseur du poing dans laquelle était un bourbillon de la grosseur d'un œuf qui fut retiré. On lava et draina la cavité, et durant quinze jours, le malade s'améliora très notablement, la fétidité disparut, puis le malade declina progressivement et mourut un mois environ après l'opération. A l'autopsie, on trouva la cavité en voie de cicatrisation, mais les deux poumons étaient farcis de tubercules miliaires. M. Fernet pense que le noyau de gangrène est indépendant de la tuberculose pulmonaire.

M. RENDU s'étonne qu'on ait pu faire sans accidents des lavages de la cavité pulmonaire. D'autre part il se demande si le noyau gangreneux n'avait pas son point de départ dans une ancienne lésion tuberculeuse.

M. BÉCLÈRE demande si l'origine du foyer gangreneux n'était pas une pleurésie interlobaire.

M. FERNET croit pouvoir affirmer que cette dernière origine ne doit pas être incriminée, les résultats de l'autopsie sont à ce point de vue suffisamment concluants. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er mars 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement de l'appendicite.

M. CHAPUT critique la façon dont M. Hartmann envisage la statistique de ses collègues. Il lui reproche d'y englober les cas de péritonite généralisée, cas désespérés, où l'opération ne peut donner que des résultats détestables. En analysant les cas qui font l'objet de cette statistique, on trouve 131 cas opérés à froid, avec 0 mort; 146 cas opérés à chaud avec 6 morts, soit 4 0/0 de mortalité. D'autre part, 102 péritonites généralisées ont fourni 80 morts, soit 80 0/0 de mortalité. La gravité de cette dernière forme est un argument de plus en faveur de l'intervention précoce.

M. QUÉNU n'est partisan de l'intervention précoce que lorsque l'attaque est nette. Dans les cas légers, le diagnostic est souvent fort difficile et si l'on se base sur l'existence d'un point douloureux pour intervenir, on s'expose à enlever bien des appendices sans lésions. Aussi M. Quénu préfère-t-il temporiser pour les cas très légers et n'intervient-il que quand il peut poser un diagnostic ferme.

M. TUFFIER rapporte un nouveau fait à l'appui de l'opération immédiate. Il vient d'observer une fillette de 14 ans, prise d'une attaque d'appendicite, avec douleur au point de Mac Burney, pouls 120. L'opération est décidée et a lieu neuf heures après le début des accidents. L'appendice, couvert de fausses membranes à sa base, baigne par sa pointe dans un liquide louche ; il présente à son extrémité une plaque sphacélée et un petit abcès, gros comme un pois. Résection de l'appendice, drainage, suites bonnes. Ce cas démontre l'utilité de l'intervention précoce, car l'expectation n'eût fait que laisser les accidents s'aggraver.

M. BRUN fait remarquer que les cas apportés dans cette discussion par les soi-disant radicaux en faveur de l'urgence de l'opération sont précisément des cas d'appendicite septique, pour lesquels l'urgence est reconnue nécessaire de l'avis de tous.

M. PICQUÉ se déclare interventionniste et il en donne les raisons en s'appuyant sur les faits qu'il a observés à l'hôpital Dubois. Il a été témoin de cas foudroyants, où il a vu les malades mourir quelques heures après le début des accidents. D'autre part, les heureux résultats qu'il a obtenus en opérant dès le début, lui ont démontré combien l'expectation pouvait être dangereuse. Certes, l'opération n'est pas nécessaire dans tous les cas et il arrive souvent que le traitement médical soit suffisant. Mais la difficulté consiste à savoir dans quels cas il faut intervenir ; elle est telle, que parfois le diagnostic ne peut se faire que le bistouri à la main. Quand les accidents persistent plus de 24 heures, il y a lieu d'intervenir et l'on se trouve le plus souvent en présence d'une suppuration. A propos de la résection de l'appendice à froid, M. Picqué montre que cette opération n'est pas toujours aussi bénigne qu'on le proclame. Il a observé un de ces cas, en apparence bénin, qui s'est terminé par la mort, huit jours après l'opération. Ce fait est encore en faveur de l'intervention hâtive, car il montre les dangers qu'il y a à laisser l'appendicite se refroidir.

Réduction d'une luxation congénitale de la hanche par le procédé de Lorenz.

M. KIRMISSON a pu s'assurer que la malade présentée par

M. Monod n'avait pas sa luxation réduite, bien que le résultat fût très beau. D'ailleurs, Lorenz lui-même a reconnu par la radiographie que son procédé ne parvenait pas à réduire la luxation. La tête subit un simple déplacement, très avantageux du reste, comme le montre le cas de M. Monod.

Présentations.

M. Reynier présente un jeune garçon, atteint d'épilepsie depuis l'âge de 6 ans, à la suite d'un traumatisme cranien. Il l'a trépané il y a deux ans; les crises ont disparu depuis, bien qu'on n'ait pas trouvé de grosses lésions profondes.

M. Reynier présente un malade opéré d'une plaie de l'abdomen avec hernie d'un mètre d'intestin grêle qui était perforé en trois points. L'opération faite au bout de trois heures, permit de suturer les plaies et de refermer le ventre.

MM. Bazy et Tuffier relatent chacun un cas analogue.

M. Pozzi rappelle que Spencer Wells avait remarqué, lors de la guerre de Crimée, la grande tolérance du péritoine. Il avait vu de larges plaies de l'abdomen guérir parfaitement, malgré les souillures de l'intestin. Et c'est cette constatation qui encouragea ses premières tentatives d'ovariotomie.

P. Rellay.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr Ch. Mirallié.

—

I. — Un cas de paresthésie de Bernhardt-Roth; par J. Donath. (*Wiener med. Woch.*, n° 25, 1897.)

I. — Un homme de 40 ans, marchand, d'une bonne santé antérieure, souffre depuis sept ans. Deux causes peuvent être invoquées à sa maladie : 1° Le malade travaillait à un pupitre auprès d'une fenêtre dont la fente laissait passer un continuel courant d'air; 2° pincement à la partie moyenne et antérieure de la cuisse, si fort qu'il ressentit pendant plusieurs minutes une douleur extrêmement violente. L'auteur admet une névrite chronique du nerf fémoro-cutané externe, que son trajet et sa position superficielle exposent aux violences extérieures.

II. — Quelques cas de maladies du système nerveux; par Egger. *Allgemeinen Poliklinick*, Bâle, 1897.)

1° Paralysie isolée du nerf maxillaire. Un homme de 66 ans présente une luxation de l'épaule qui est remise le lendemain de l'accident sous le chloroforme. Malgré la réduction parfaite, les mouvements de l'épaule restent abolis. Deux mois après, on constate : atrophie énorme du deltoïde, saillie de l'acromion, abaissement de la tête humérale; perte des mouvements d'abduction, de projection en avant et en arrière du bras; au tiers supérieur du bras, perte du tact, diminution de la sensibilité douloureuse et de la sensibilité au courant faradique. Réaction de dégénérescence complète pour le deltoïde; à l'excitation électrique, la peau prend une teinte jaune pâle, abaissement de la température à ce niveau; après une forte excitation toute la région devient rouge. Amélioration considérable par l'électrisation, le massage et les mouvements passifs.

2° Paralysie de Erb bilatérale, sans cause apparente, se produisant le matin au réveil chez un homme de 58 ans. L'autopsie démontre un cancer du tissu rétropharyngien, ayant envahi la colonne vertébrale et produit une myélite par compression. Rien n'avait permis pendant la vie de soupçonner la nature cancéreuse de l'affection. La moelle présente son maximum de lésion au niveau de la huitième cervicale. Les symptômes cliniques affectaient davantage le territoire du cinquième cervical qui était le plus envahi par la tumeur après sa sortie du canal vertébral.

3° Hystérie traumatique. A la suite d'une chute sur le dos de la main, un homme de 23 ans présente un trouble moteur des troisième et quatrième doigts de la main gauche : teinte cyanotique, refroidissement, légère amyotrophie, stries unguéales transversales, mouvements lents et incomplets, impossibilité d'écarter l'un de l'autre ces deux doigts, ni raideur articulaire, ni spasme; mouvements passifs faciles; diminution considérable de la sensibilité au tact sur le dos des troisième et quatrième doigts, diminution légère sur la main et l'avant-bras; diminution de la sensibilité douloureuse et thermique, pas de troubles des réactions électriques. Un traitement électrique amène une contracture du médius que des mouvements passifs améliorèrent. L'auteur conclut à un cas d'hystérie traumatique.

III. — Syringomyélie; par Guy Hinsdale. (Philadelphie, 1897.)

III. — L'auteur profite de deux cas personnels, pour faire à grands traits l'étude complète de la syringomélie. Successivement il en étudie l'anatomie pathologique et la clinique, insiste sur les formes et les associations de la gliomatose. Le volume se termine par une bibliographie très complète contenant par ordre alphabétique l'indication de 388 travaux parus sur ce sujet.

IV. — Tabes et Syphilis; par Scheiber. (*Deutsche Med. Wochens.*, 1898, n° 38.)

IV. — Scheiber s'élève contre la théorie du tabes toujours d'origne syphilitique. Il s'appuie sur la rareté du tabes dans certains pays (Kirghis, Arkansas, Bosnie, Herzégovine, Abyssinie) alors que la syphilis y est fréquente, et rappelle certains faits de tabes développés chez la femme vierge.

V. — Réseetion du sympathique cervical dans l'épilepsie et remarques sur la paralysie du sympathique; par Donath. (*Wiener klin. Woch.*, 1898, n° 16.)

V. — Dans trois cas d'épilepsie essentielle, Donath a fait pratiquer la résection du sympathique cervical. Dans ces trois interventions on pratiqua la résection du ganglion cervical supérieur. Les résultats furent *nuls*, les crises continuèrent après comme avant l'intervention. Une quatrième observation concerne un fait de tumeur cérébrale prise pour de l'épilepsie essentielle et traitée *sans résultat* par la résection du sympathique cervical et du ganglion fusiforme. Immédiatement après l'intervention sur le sympathique d'un côté, on observe sur la moitié de la face correspondante, une coloration rouge vif, l'injection de la conjonctive, l'élévation de la température, et une sudation plus abondante; mais après quatre jours tous ces phénomènes disparaissent. Les résultats de la résection du sympathique ne sont donc que transitoires et démontrent que les vaisseaux cérébraux ne reçoivent pas leur innervation uniquement du sympathique cervical, mais aussi du cerveau lui-même.

Dans les cas de résection unilatérale du sympathique, la résistance au courant électrique est diminuée du côté opéré (1.200 au lieu de 1.600 ohms), ce qui tient à l'hyperémie et à la sudation plus abondante.

IV.— Hémiatrophie faciale progressive; par Donath. (*Wien. klin. Woch.*, 1897, n° 18)

VI. — L'auteur publie une observation qui, contrairement à la théorie de la trophonévrose, s'accorderait davantage avec la théorie de Bitot, Lande et Möbius.

Un homme de 26 ans, sans antécédents, subit en 1887 un traumatisme de la moitié gauche du visage; pendant trois ans, le malade ne s'aperçut de rien, sauf une petite ligne étroite, cicatricielle, au menton. Trois jours après l'extraction d'une molaire, le malade s'aperçut qu'une partie du maxillaire inférieur était mobile; extraction d'un fragment osseux sur lequel étaient implantées cinq dents. Cinq jours après, gonflement de la joue; quand celui-ci disparait, le malade remarque l'atrophie du visage. Hémiatrophie faciale, intéressant la peau, le tissu sous-cutané et les os. Amincissement, coloration brunâtre et scléreuse de la peau; souplesse normale; chevelure, moustache semblables des deux côtés, cependant les cheveux tombent davantage à droite; sensibilité au tact et à douleur diminuée sur la peau et les muqueuses; pas de trouble sensoriel sauf une diminution de l'audition; hémiatrophie linguale; excitabilité électrique des muscles diminuée; atrophie des muscles et des os (malaire et maxillaire), pupilles égales. — Après discussion, l'auteur admet avec Möbius qu'il s'agit d'un processus, indépendant des nerfs et des vaisseaux, sur la nature duquel il n'ose d'ailleurs faire aucune hypothèse.

VII.— Formes cliniques et traitement des myélites syphilitiques; par Gilles de la Tourette. J.-B. Baillière, 1899.)

VII. — La fréquence des localisations médullaires de la syphilis rend leur connaissance de première importance pour

le médecin. Laissant de côté les affections parasyphilitiques, l'auteur n'étudie que les manifestations directes du virus syphilitique.

Les formes cliniques sont très nombreuses, quelques-unes exceptionnelles (mal de Pott syphilitique, gomme intravertébrale), manifestations précoces, les myélites sont la forme la plus commune. Successivement l'auteur cite des faits de syphilis maligne précoce du système nerveux, à manifestations cérébro-bulbo-spinales ; de myélites aiguës ou paraplégies aiguës; de myélites chroniques ou paraplégies chroniques parmi lesquelles se rangent la forme de Erb, la forme pseudotabétique de De la Tourette-Schwanhard ; de myélites à formes irrégulières où domine l'atrophie musculaire. A côté de ces accidents de la syphilis acquise, une place à part doit être réservée pour la syphilis héréditaire, congénitale, précoce ou tardive.

Contre toutes ces manifestations, il faut employer le traitement mixte ; les résultats seront d'autant meilleurs qu'il aura été institué plus tôt.

VIII. — Un cas de myasthénie pseudo-paralytique grave avec ophtalmoplégie intermittente; par Eulenburg. (*Deutsches med. W.*, 1898, n° 1.)

VIII. — Homme de 28 ans, sans antécédent héréditaire ni personnel ; ptosis bilatéral, ophtalmoplégie externe bilatérale totale ; mais cette parésie musculaire varie suivant le moment en étendue et en intensité ; dilatation de la pupille droite avec réaction paresseuse à la lumière. Parésie des faisceaux des deux côtés : impossibilité de fermer l'œil complètement malgré le ptosis, parésie du facial supérieur et inférieur ; faiblesse des muscles masticateurs, de la langue (sans atrophie), et du voile du palais. Progressivement parésie des muscles de la tête et des membres, parésie variable en étendue et en intensité, sans trace d'atrophie, sans contractions fibrillaires, réaction de dégénérescence. — Sensibilité normale ; réaction myasténique des muscles. Pouls petit, irrégulier. Cette observation de myasthénie est intéressante par ce fait que l'ophtalmoplégie est intermittente, disparaissant à de certains moments pour reparaître après un temps plus ou moins long.

BIBLIOGRAPHIE

Sur un traitement médical de l'ulcère hémorragique de l'estomac; par le Dr André May. (Paris, Steinheil, 1898).

C'est une thèse qui sort de la banalité fréquente des « études contributives », en offrant au lecteur une conclusion ferme, c'est-à-dire en fixant d'une manière résolue, les conditions thérapeutiques. Dans un historique succinct, l'auteur rappelle les précurseurs du traitement médical en question. En 1874, c'est Williams qui propose de nourrir par le rectum, les malades atteints d'ulcère de l'estomac; puis Zuchter (de Bâle) (1873), puis Spencer, Schaws (1884), Ewald, Gacke (1889), Donkin (1890), Vincent, Tournier, etc., dont les uns se montrent timides et les autres plus systématiques, dans l'alimentation rectale; d'où il n'en résulte pas moins, que le Dr May n'entend pas défendre un traitement absolument nouveau, mais affirmer davantage et préciser d'une manière apparemment définitive une nécessité thérapeutique déjà pressentie.

C'est dans le deuxième et dernier chapitre qu'est développée l'idée dominante de ce travail, relative au traitement médical de l'ulcère hémorragique de l'estomac. D'abord, M. May distrait fort logiquement, de ses préoccupations actuelles, les hémorragies gastriques foudroyantes, contre lesquelles la médecine n'a que faire, et dont la chirurgie seule, en principe, pourrait connaître, si par malheur, cette nouvelle panacée ne risquait pas, le plus souvent ici, d'arriver trop tard. Mais d'après l'auteur, « toute hématémèse, quelles que soient son abondance et sa gravité », peut être tarie par les procédés suivants : *immobilité complète, glace sur l'épigastre, diète absolue, alimentation rectale, injections de sérum artificiel*. Pour favoriser la tolérance des lavements nutritifs, l'auteur conseille de les faire toujours précéder d'un grand lavage évacuateur avec un litre d'eau bouillie. Nous croyons exagérée, du moins pour certains cas, une telle quantité de liquide, répétée plusieurs fois par jours. Certains malades, primitivement ou secondairement névropathes, supportent assez mal les grands lavements, qui souvent provoquent une diarrhée persistante et risquent de compromettre la tolérance des lavements ultérieurs. D'autre part, si nous affirmons, avec M. May, la parfaite convenance physiologique et clinique des lavements de peptone, il nous paraît utile de déterminer les qualités requises du médicament-aliment, lequel doit être pur de toute impureté (1) comme de tout mélange, car les produits de fermentation bactérienne, en particulier, sont cause exclusive des rectites constatées après lavements de peptone. Enfin celle-ci est sèche (nous la préférons) ou liquide; dans ce dernier cas, on est en présence d'une solution de peptone, dont il est bon de connaître la nature du véhicule total ou partiel, de même que le degré de concentration ; car autrement, on abandonne les observations cliniques, voire la guérison des malades, aux fluctuations commerciales. Sous bénéfice de ces modestes observations, qu'un commentateur peut et doit se permettre, rappelons que l'auteur adopte comme formule de lavement alimentaire :

25 grammes de bouillon bien dégraissé;
25 grammes de vin;
2 cuillerées à bouche de peptone.

Quant aux injections de sérum artificiel, elles consistent en 1.000 et 1.500 cc. de liquide Hayem, deux fois par jour, par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse, s'il y a collapsus et danger de mort. La durée totale du traitement (diète absolue, etc.) est de 30 jours. L'auteur appuie sa thèse sur quatre observations d'ulcères hémorragiques, prises dans le service de M. Gaucher, à l'hôpital Saint-Antoine.

S'il nous est permis d'apporter nos conclusions personnelles, nous dirons que le travail de notre distingué confrère le Dr André May nous a particulièrement intéressé, et que l'auteur a le mérite d'avoir mis au point les conditions nécessaires d'un traitement précieux, qui implique en outre, de la part du médecin, des qualités de décision et d'opiniâtreté. Paul Cornet.

Anévrisme de la carotide primitive gauche, ligature avec extirpation du sac. Guérison; par F. de Castro y Latorre. (*Revista de Medicina y Cirurgia practicas*, n° 582.)

Une Anglaise de 24 ans en pleine santé constate un an après un traumatisme, une tuméfaction gênante, pulsatile, de la région carotidienne gauche. A Londres et à Paris on prescrit le traitement médical et mécanique (froid et compression) classique des anévrismes. Bientôt surviennent des accidents douloureux et des symptômes graves de compression du nerf vague, suffocation, nausées, tachycardie, etc. Le Dr Thomson adresse la malade à M. de Castro qui a déjà pratiqué et publié une intervention dans un cas semblable. Celui-ci diagnostique en effet un anévrisme d'origine traumatique situé sur le tiers moyen de la carotide primitive gauche, et vu la gravité des accidents, il exécute l'opération le 30 septembre dernier. Anesthésie chloroformique, incision des divers plans avec toutes les précautions indiquées par l'état spécial de la région atteinte, ligature du tronc artériel au-dessus et au-dessous du sac anévrismal.

Ici se présente une particularité. Des adhérences se sont produites entre ce sac et les organes voisins tels que la veine jugulaire qui est profondément refoulée en arrière et le pneumogastrique qui est englobé dans le tissu même de la paroi anévrismale et entraîné à la face externe de la tumeur. Le sac n'est donc réséqué que partiellement pour éviter toute lésion de ces organes délicats. Pansement antiseptique léger et non compressif. Cicatrisation par première intention. Pas de troubles cérébraux, pour éviter ceux-ci la malade est d'ailleurs couchée sur un plan incliné qu'on élève insensiblement. Les premiers jours le côté gauche de la face et de la tête est plus froid et comme endormi ; ce phénomène disparaît graduellement ; légère syncope le premier jour où la malade s'asseoit sur son lit. Sortie en voiture le 10 septembre, bientôt guérison complète. De Castro a pratiqué sept fois la ligature de la caro-

(1) *Syntonides, albumoses, glucoprotéines, leucines, albumotoxines, ptomaïnes.*

tide : deux fois la primitive (anévrismes), quatre fois l'interne (extirpation de la parotide), une fois l'externe pour blessure grave. Il n'a constaté d'accidents cérébraux que dans ce cas en raison, pense-t-il, de l'urgence même de l'intervention. Dans les processus morbides lents tels que tumeurs et anévrismes, l'obstruction faite par le néoplasme ou la compression thérapeutique préparent et établissent préalablement la circulation complémentaire dont, au contraire, l'insuffisance constitue le danger dans les cas de blessures graves où il faut lier sur le champ avant que toute ébauche de compensation ait pu intervenir. (Voir aussi *Revista de M. y C.*, septembre 1897.)

F. Boissier.

VARIA

L'unification des services médicaux de la Préfecture de la Seine.

Dans une des dernières séances de sa dernière session, le Conseil municipal de Paris a hâtivement, sur la proposition de M. Grébauval, voté l'unification des services médicaux de la Préfecture de la Seine. Cette unification peut avoir sa raison d'être, et c'est peut-être la cause du vote de la motion de M. Grébauval. Mais nous voulons bien croire que ce dernier n'a pas, dans sa hâte de bien faire, étudié suffisamment la réforme qu'il a proposée et qui, nous en sommes convaincu, a été votée par surprise au cours de la discussion du budget. L'unification des services médicaux, telle que l'a obtenue M. Grébauval, consiste en fait à leur suppression, et il suffit de comparer la situation d'hier et celle de demain pour s'en convaincre.

Un certain nombre de médecins faisaient jadis le service médical des employés de la Ville de Paris, les uns étaient chargés des employés de l'octroi, les autres des égoutiers, des employés de la voirie, d'autres encore du personnel enseignant, etc. Divers crédits formant un total de 57.000 fr. indemnisaient, très modiquement du reste, la tâche assez lourde de 18 médecins. La reforme de M.Grébauval consiste en la fusion de ces divers services en un seul assuré par 12 médecins. Un de ces médecins sera directeur et les autres se diviseront Paris en 11 circonscriptions. Comme le nombre des médecins a été diminué, la tâche de chacun s'est accrue; aussi n'est-ce pas sans surprise que nous constatons la diminution du crédit affecté à l'indemnité des médecins, porté de 57.000 francs à 23.000 francs. Ce n'est pas tout, ces 23.000 francs sont encore assez bizarrement répartis.

Le médecin chef du service, qui borne ses fonctions à remplir de pures formalités administratives, reçoit les appointements assez coquets de 6.000 francs, tandis que les médecins des circonscriptions ne touchent que 1.200 francs de fixe et se partagent une somme de 8.000 francs au prorata des visites faites par chacun dans le cours de l'année, ce qui porte environ à 2.000 francs leur indemnité. Nous n'insisterons pas sur l'impossibilité où se trouveront ces médecins pour remplir consciencieusement leurs fonctions dans des circonscriptions très étendues, les frais de voitures absorberont une bonne partie de leurs honoraires; leurs malades en outre en pâtiront, mais là ne se bornent pas les vices de la mesure. Un choix de 12 médecins a été fait sur les 18 qui remplissaient déjà ces fonctions et les services déjà rendus n'ont pas, dit-on, guidé les auteurs de ce choix, puisque parmi les six qui devront, paraît-il, remplir les vacances très éventuelles des onze circonscriptions, il en est qui remplissaient leurs fonctions depuis plus de dix ans. Une pétition sera déposée au Conseil municipal, qui ne laissera pas s'accomplir pareille injustice et M. Grébauval lui-même se rendra compte de tous les inconvénients d'une réforme improvisée dont les résultats iraient à l'encontre des efforts que la Ville de Paris fait pour améliorer le sort de ses employés.

J. N.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

État nominatif des étudiants reçus Docteurs en Médecine pendant les mois de janvier et février 1899 (année scolaire 1898-1899).

MM. Thibault. Essai psychologique et clinique sur la sensation du « Déjà vu. » — Violle. Etude clinique des lésions de la table interne de l'apophyse mastoïde consécutives aux otites moyennes suppurées. — Chahinian. Contribution à l'étude de la neurasthénie liée aux trois grandes étapes génitales de la femme : Puberté. Union sexuelle. Ménopause. — Mongie. Contribution à l'étude de la luxation ilio-pubienne traumatique récente et de son traitement. — Vallet. Quelques considérations sur la tuberculose tibio-tarsienne. — Rouchaud. De l'hypertrophie des amygdales à la période secondaire de la syphilis. — Aubert. Médecine légale militaire. Surdité simulée. — Normet. Contribution à l'étude des fistules uretéro-vaginales consécutives aux opérations pratiquées par la voie vaginale. — Baillif. La chirurgie des fistules du canal de Sténon. — Couillard-Labonnotte. Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule et de ses articulations. — Georges. Du lit plâtré dans le traitement des gibbosités pottiques et des scolioses graves chez les tout jeunes enfants. — Delmas-Marsalet. Etude de l'installation du fonctionnement et des premiers résultats cliniques fournis par la médication salée à l'hôpital des enfants de Bordeaux. — Meschinet de Richemont. De l'hydrocèle en bissac de Dupuytren. — Réjou. De l'opportunité d'une intervention chirurgicale rapide dans l'ulcère de l'estomac. — Naureils. De la grossesse et de l'accouchement dans leurs rapports avec les lésions valvulaires du cœur.

Enseignement populaire de l'hygiène de l'enfance dans le Ve arrondissement.

La Société municipale des crèches du Ve arrondissement qui a fondé et qui administre la crèche Monge et la crèche Sadi-Carnot, a eu l'heureuse initiative d'organiser, sur la proposition de son président, M. Albert Meurgé, maire du Ve arrondissement, une série de causeries familières et publiques sur l'hygiène de l'enfance.

Ces causeries sont faites par les médecins des crèches de la Société. Ces entretiens, d'une courte durée et à la portée de tous, créent un enseignement pratique dont le foyer et les enfants de chacun pourront bénéficier. Ces causeries ont lieu sous la présidence du Maire, assisté de MM. les adjoints et de MM. les conseillers municipaux de l'arrondissement.

Programme des causeries. — 1° lundi, 6 mars, à 8 h. 1/2 du soir, par M. le Dr Planès, sur le *développement du nouveau-né.* 2° Lundi, 13 mars, à 8 h. 1/2 du soir, par M. le Dr Kortz, sur l'*allaitement.* 3° lundi, 20 mars, à 8 h. 1/2 du soir, par M. le Dr Duviard, sur l'*alimentation en général.* 4° lundi, 27 mars, à 8 h. 1/2 du soir, par M. le Dr Noir, sur l'*alcoolisme* (avec projections lumineuses).

Les sujets suivants seront traités en novembre et décembre prochain, savoir: *L'Habitation*, par M. le Dr A.-J. Martin. *Le vêtement et l'hygiène du corps*, par M. le Dr Duverdier. *Les commensaux et parasites*, par M. le Dr Delisle. *Les maladies contagieuses*, par M. le Dr Verlhac. *Les soins à donner aux nourrissons*, par M. le Dr Bécard.

Il est à souhaiter que le bon exemple donné dans le Ve arrondissement se généralise, car les médecins doivent chaque jour lutter contre de nombreux préjugés aussi répandus à Paris qu'en province et qui causent les plus grands ravages chez les jeunes enfants.

Refus d'admission des tuberculeux dans les asiles nationaux de convalescence.

Voici la réponse faite par le sous-secrétaire d'Etat au Ministère de l'Intérieur au sujet de l'admission des tuberculeux dans les asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet :

« Il est évidemment irrationnel d'admettre dans les asiles, où des convalescents achèvent de rétablir leur santé, des malades qui peuvent y être une cause de redoutable contagion. L'envoi des tuberculeux dans un asile est un usage qui remonte à la création de ces établissements, on les y admettait parce qu'alors la contagiosité de la tuberculose était niée, mais, maintenant que la science reconnaît que cette maladie est essentiellement contagieuse, il est évident que des mesures nouvelles s'imposent Tout ce qu'il faut, c'est qu'on observe les tempéraments indispensables pour que les tuberculeux puissent cependant être hospitalisés. Mon attention, dès le mois de décembre, avait été appelée sur cette question, et je demande à la Chambre la permission de lui donner connaissance de la fin d'une lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à ce sujet à Monsieur le Préfet de la Seine, représentant l'Assistance publique de la Ville de Paris. Voici le passage auquel je fais allusion:

« Dès maintenant, vous devez inviter les directeurs des hôpitaux à n'envoyer des tuberculeux à Vincennes ou au Vésinet qu'en cas de nécessité absolue, c'est-à-dire quand il y aura impossibilité à les conserver à l'hôpital et inhumanité à les renvoyer à leurs maisons.

« Vous préviendrez en outre — c'est le point capital — l'Assistance publique à Paris qu'aucun tuberculeux ne sera admis à l'asile des convalescents de Vincennes, aucune tuberculeuse à l'asile des convalescentes du Vésinet à partir du 1er janvier 1900. »

Donc à partir du 1er janvier 1900, tuberculeux et tuberculeuses devront être reçus dans des maisons spéciales que, d'ici là, l'administration de l'Assistance publique de la Ville de Paris aura eu le temps d'organiser. C'est là une réforme tout à fait urgente.

FORMULES

XL. — Mixture contre la vaginite blennorrhagique.

Alun	ãã 30 grammes.
Borate de soude	
Sulfate de quinine	1 —
Acide phénique	ãã XXX gouttes
Essence de thym	
Glycérine	200 grammes.

Une cuillerée à soupe dans un litre d'eau chaude, 2 ou 3 injections vaginales par jour. (Lutaud.)

XLI. — Formule pour tonifier le système nerveux.

Magnésium métallique	0 gr. 10 centigr.
Glycérophosphate de chaux	0 gr. 30 —
Poudre de fèves de St-Ignace	0 gr. 02 —
Fluorure de calcium	0 gr. 02 —

(A. Robin.)

XLII. — Injection de gélatine.

Gélatine	ãã 10 grammes.
Na Cl	
Eau	1000 —

Stérilisez. Commencer par injecter 50 cc. dans les masses musculaires de la cuisse, puis augmenter jusqu'à 150 cc.

(Lancereaux et Paulesco.)

XLIII. — Cancroïde traité par les badigeonnages d'acide arsénieux et d'orthoforme.

Orthoforme	1 gramme.
Acide arsénieux	0 gr. 10 centigr.
Alcool	7 gr. 50 —
Eau distillée	7 gr. 50 —

Les applications faites avec cette solution sur un cancroïde de la paupière supérieure firent que les douleurs furent d'abord beaucoup moins vives que les jours précédents, et furent tellement atténuées les jours suivants que le chirurgien put élever le titre de la solution en acide arsénieux et faire les badigeonnages au moyen de la solution suivante :

Orthoforme	1 gramme.
Acide arsénieux	1 —
Alcool	40 —
Eau distillée	40 —

Les douleurs que provoqua cette nouvelle solution étaient assez vives au moment de l'application mais cessaient avec elle.

(*Lyon Médical.*)

XLIV. — Contre l'acné.

Si la peau n'est pas très sensible :

Naphtol B et camphre	0 gr. 25 centigr.
Résorcine	0 — 02 —
Savon noir	0 — 16 —
Craie préparée	0 — 30 —
Soufre précipité	2 grammes.
Vaseline	ãã 10 —
Lanoline	

S'il y a une séborrhée intense :

Résorcine	2 grammes.
Soufre précipité	10 —
Alcool camphré	20 —
Glycérine neutre pure	5 —
Eau distillée de roses	100 —
Eau distillée	150 —

(Brocq.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 12 fév. au samedi 18 fév. 1899, les naissances ont été au nombre de 1.294, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 458, illégitimes, 204. Total, 662. — *Sexe féminin* : légitimes, 451, illégitimes, 181. Total, 632.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 12 fév. au samedi 18 fév. 1899, les décès ont été au nombre de 983, savoir : 500 hommes et 483 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 7. T. 13. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 6. T. 13. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie. Croup : M. 3. F. 1, T. 4. — Grippe : M. 3, F. 2, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 86, T. 204 — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 9, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 5, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 9, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 25, F. 31, T. 56. — Méningite simple : M. 14, F. 16, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 19, F. 16, T. 35. — Paralysie, M. 5, F. 9, T. 14. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 5, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 30, T. 60. — Bronchite aiguë : M. 13, F 4, T. 17. — Bronchite chronique : M. 10, F. 14, T. 24. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 23, T. 46. — Pneumonie : M. 20, F. 36, T 56. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 33, T. 56. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 5, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 14, F. 12, T. 26. — Sénilité : M. 8, F. 26, T. 34. — Suicides : M. 6, F. 4, T. 10. — Autres morts violentes : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres causes de mort : M. 81, F. 78, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 21, illégitimes, 18. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 14. Total : 32.

Assistance publique a Paris. — *Avis au public.* — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris porte à la connaissance du public que le service des consultations externes dans les hôpitaux fonctionnera, à l'avenir, les dimanches et les jours de fête. Comme pour les jours ordinaires de la semaine, les portes du service des consultations seront ouvertes à huit heures du matin. Elles seront fermées à 9 heures, heure à laquelle commenceront les consultations. Le nouvel ordre de service dont il s'agit commencera à partir du dimanche 26 mars courant.

Distinctions honorifiques. — *Médailles de vermeil.* — M. le Dr Alirol (du Puy) ; M. Jais, interne en médecine à l'ambulance d'El-Kettar (mort depuis du typhus, qu'il avait contracté en soignant des malades). — *Médailles d'argent.* MM. les Drs Bouquet (de Roissie-en-Brie) ; Bamel, médecin sanitaire maritime ; M. Labeyrie, interne des hôpitaux de Nantes. — *Médailles de bronze.* M. Chauveau, externe des hôpitaux de Paris.

Congrès international de Gynecologie et d'Obstétrique en 1899. — Le IIIe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Amsterdam du 8 au 12 août 1899. Voici les questions à l'ordre du jour : 1° Traitement chirurgical des fibromyomes ; 2° rôle respectif de l'antisepsie et du perfectionnement de la technique dans les résultats de la gynécologie opératoire moderne ; 3° influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin ; 4° étude comparée des indications de l'opération césarienne, de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel.

Ecole de Médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Laboratoire de l'Administration des Finances. — MM. Villejean, député, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu ; Fleurent, professeur de chimie industrielle au Conservatoire des arts et métiers ; Bousquet, directeur général des douanes, et Delatour, directeur général des contributions indirectes, sont nommés membres de la commission instituée à l'effet d'unifier dans les laboratoires de l'Administration des finances les méthodes d'ana-

lyse applicables aux produits à base d'alcool et aux sucres. (*Le Temps.*)

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le Dr Dedet a été nommé au grade de médecin de 1re classe dans la réserve de l'armée de mer. — M. Guérard, médecin de 2e classe de réserve du port de Toulon, est maintenu, sur sa demande, dans les cadres de réserve de l'armée de mer. — La démission de son grade de médecin de 1re classe, offerte par M. le Dr Boussac, du port de Toulon, a été acceptée. — MM. les médecins de 1re classe Gandelin et Dessemond-Sicard, du service général au même port, sont autorisés à permuter. — A été acceptée la démission de M. le Dr Aubert. M. le Dr Aubert a été nommé au grade de médecin de 2e classe dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Cherbourg. — M. le Dr Poret, médecin de 2e classe du 3e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, est désigné pour aller servir aux batteries d'artillerie détachées en Cochinchine, en remplacement de M. le Dr Nouaille-Degorce, dont le temps de séjour colonial est expiré, et qui sera affecté au 3e régiment à Rochefort M. le Dr Poret prendra passage sur le vapeur affrété partant de Marseille le 1er avril 1899.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de Médecine navale pour l'année 1898 a été décerné à M. le Dr Keiser (Prosper), médecin de 1re classe à Brest, pour son rapport d'inspection générale sur *le Masséna*, en 1898. En outre, un témoignage officiel de satisfaction a été accordé à MM. les Drs Chastang, médecin de 1re classe, professeur à l'Ecole du service de santé de Bordeaux, pour son travail intitulé : « *Nos pêcheurs d'Islande* » ; Pitou, médecin de 1re classe à Brest, pour son rapport d'inspection générale sur *l'Amiral Tréhouart*, en 1898 ; Barrat, médecin de 1re classe à Rochefort, pour son rapport médical sur *la Foudre*, en 1896-1898 ; Santelli, médecin de 1re classe à bord du *Pascal* (division navale de l'Extrême-Orient), pour son rapport d'inspection générale sur *le Pascal*, en 1898 ; Onimus, médecin de 1re classe du *Gaulois*, à Brest, pour son étude hygiénique du *Gaulois* ; Machenaud, médecin principal à bord du *Marceau*, pour son rapport d'inspection générale sur ce bâtiment en 1898.

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE PAR LES MÉDECINS EN BELGIQUE. — La Chambre belge vient de voter une proposition de loi qui était réclamée par nombre de praticiens de province. En 1897, les pharmaciens de Ninove assignèrent devant le tribunal correctionnel d'Audenarde deux médecins nouvellement établis dans la ville et qui débitaient eux-mêmes leurs médicaments. En vertu d'une ancienne disposition légale, généralement ignorée, ce cumul est interdit dans les localités possédant une commission médicale, à moins d'autorisation spéciale. Aussi le tribunal condamna-t-il les médecins (16 octobre 1897), jugement que confirma la Cour d'Appel de Gand (20 avril 1898). Encouragés par ce succès, les pharmaciens ont assigné depuis lors des médecins anciens, exerçant le cumul des deux professions avant la création dans leurs communes d'une commission médicale. La proposition de loi dont M. Heynen a pris l'initiative avec un certain nombre de ses collègues avait pour but d'éviter une série de poursuites et un dommage notable pour de nombreux praticiens. Après discussion, la Chambre belge a adopté le dispositif suivant : « Tout médecin qui, avant le 8 décembre 1898, avait un dépôt de médicaments, peut continuer à en fournir à ses malades, tant qu'il réside dans la même localité. » (*La Presse médicale.*)

LE TABAGISME DANS L'AMÉRIQUE DU SUD. — L'habitude du tabac est encore plus répandue dans l'Amérique du Sud que dans nos pays d'Europe. Dans le Paraguay, au Brésil et dans les autres Etats de l'Amérique méridionale, les enfants commencent à fumer à partir de l'âge de 3 à 4 ans. L'origine de cette habitude prématurée est dans la coutume des mères qui mettent dans la bouche des nourrissons un cigare pour apaiser leurs cris. (*Arch. russes de pathol.*)

LE PENNIKAN ÉLECTRIQUE. — La dessiccation de la viande à une température élevée est un excellent mode de conservation, car elle s'oppose à la vie des ferments qui nécessite une certaine quantité d'eau ou d'humidité. Ici, comme en beaucoup d'autres circonstances, la pratique a devancé la théorie. Les peuplades primitives et jouissant de températures très élevées se servent du soleil pour la conservation de la viande. Après l'avoir dégraissée au préalable, ils la découpent en lanières et la font sécher au soleil sur des bâtons. La viande ainsi préparée se réduit en volume de 100 à 26 et a l'aspect et la saveur gastronomique du caoutchouc. Avec de l'habitude et de l'appétit, on s'y fait, on chique son déjeuner au lieu de le manger. La viande ainsi préparée porte les dénominations suivantes : *Pennikan*, dans l'Amérique du Nord ; *carne seca* ou *tasajo*, dans l'Amérique du Sud ; *biltongue*, dans l'Afrique méridionale ; *hadyd* ou *hélia*, chez les Arabes du Sahara. Un chimiste américain du Massachussetts s'est avisé que la lumière électrique pouvait fabriquer du pennikan tout comme le soleil lui-même. La viande bien dégraissée est exposée à un rayonnement électrique intense en même temps qu'on la soumet à un courant d'air chaud. La viande se sèche, se dessèche, s'assèche et se réduit à 3 0/0 de son volume primitif. Mais, chose particulière, elle devient facile à pulvériser, au lieu de rester élastique Il n'y a qu'à le vouloir pour la réduire en poudre, et l'on peut mettre pour deux jours de vivre dans une tabatière sous forme de pennikan électrique. (*Le Temps.*)

LA RAGE. — Un jeune Indien, nommé O'Learly, était mordu par un chien présumé enragé. On l'expédia de suite à l'Institut Pasteur : il fut soumis aux inoculations régulières qu'on y pratique et retourna dans son pays. Trois semaines après le traitement, la rage se déclara chez le jeune Indien et la mort s'ensuivit. Cependant le chien qui l'avait mordu est parfaitement en vie, se porte très bien et n'a jamais montré de symptôme de rage. D'un autre côté, il est admis qu'un chien atteint de rage ne se guérit pas spontanément : donc le chien ayant mordu le malheureux O'Learly n'était pas enragé. Quelle est donc la cause de cette mort ? Les inoculations parisiennes, ou sont-ce les appréhensions causées par le cours de traitement à subir ?—(*The Zoophilist*, cité par *Le Médecin.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. BOUCHARD, professeur d'anatomie à la Faculté de Bordeaux.

Chronique des Hôpitaux.

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr P. BUDIN reprendra ses leçons de Clinique obstétricale (semestre d'été), le samedi 11 mars, à 10 heures du matin et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Visite des malades tous les jours à 9 heures. — Un cours complet d'accouchement sera fait en trois mois, avec manœuvres opératoires, par MM. les Drs DÉMOLIN, accoucheur des Hôpitaux, et BRINDEAU. — Exercices de diagnostic : MM. les Drs CHAVANE, chef de Clinique, et MACÉ. — Exercices de laboratoire : MM. les Drs MICHEL et BRINDEAU. — M. le Dr GALIPPE, chef de laboratoire.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. GILLES DE LA TOURETTE. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10h., laboratoire Axenfeld.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.*— M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr MAYGRIER, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveaunés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi à 10 heures du matin.

ASILE DE VILLEJUIF. — *Clinique psychiatrique.* — Service de M. TOULOUSE. Le vendredi à 9 h. 1/2, visite dans les salles. Conférences cliniques au lit des malades. (Tramway : Châtelet-Villejuif ; trajet : 1 heure.)

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 11. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 MARS 1899

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE NERVEUSE : Deux nouveaux cas d'état de mal épileptique : par Bourneville, Tissier et Rellay. — BULLETIN : Certificats médicaux et Conseils de revision, par A. Demmler; — Assistance et traitement médico-pédagogique des enfants anormaux, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par A.-F. Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir. — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay. — REVUE DE CHIRURGIE : Chirurgie du cancer du rectum, par Charles Ryall (an. par P. Rellay); — Sur le traitement de l'hydrocèle, par A. Malherbe; — Exstrophie de la vessie, par MM. Pousson, Estor et Forgue; — Foie mobile simulant un rein mobile. Hépatopexie. Guérison, par Genouville. — BIBLIOGRAPHIE : Leçons de clinique ophtalmologique, par le Pr Panas (an. par Kœnig). — VARIA : Prix de la Faculté de Médecine de Parts; — Cours et conférences de la Faculté de Médecine; — La cure par le rêve; — Docteurs et médecins reçus par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1897-1898. — NÉCROLOGIE : M. le Pr Abel Bouchard (de Bordeaux). — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

CLINIQUE NERVEUSE

Deux nouveaux cas d'état de mal épileptique;

PAR BOURNEVILLE, TISSIER ET RELLAY.

Depuis plusieurs années nous n'avons publié ici dans nos *Comptes rendus* aucune observation nouvelle sur l'*état de mal épileptique*. Les deux cas qui suivent vont nous permettre de rappeler les traits principaux de cette complication si grave du mal comitial.

OBSERVATION I. — **Idiotie complète et épilepsie. Etat de mal; élévation considérable de la température.**

SOMMAIRE. — *Père migraineux; rien de plus du côté paternel. — Mère, rien de particulier. — Grand-père maternel: névralgie faciale. — Grand'mère maternelle: rhumatisme articulaire chronique. — Grand-oncle maternel mort de tuberculose. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.*

Emotion au second mois de la grossesse. — Légère asphyxie à la naissance. — Convulsions internes du premier jusqu'au quatrième mois et demi. — Grandes convulsions à diverses reprises de quatre mois et demi à un an. — De là à l'entrée (3 ans) vertiges fréquents. — Première dent à un an; dentition complète à l'entrée. Balancement antéro-postérieur du tronc: succion des mains, bave, grimaces; strabisme intermittent; marche et préhension nulles. — Insomnie. — Intelligence à peu près abolie.

Evolution de la maladie. — Conjonctivite. — Rougeole. — Teigne. — Aucune amélioration malgré le traitement. — Diarrhée intermittente. — Capsules de bromure de camphre : suspension des accidents épileptiques. — Absence presque complète de développement physique et intellectuel. Etat de mal. — Mort en 11 jours.

AUTOPSIE. *Méningo-encéphalite; — Congestion pulmonaire.*

Schneid... (Gustave), né le 16 octobre 1886, à Paris, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. *(Renseignements fournis par sa mère et sa grand'mère maternelle).* — PÈRE, âgé de 33 ans, tailleur d'habits, grand et mince. Santé toujours bonne : pas de convulsions dans l'enfance ni de maladies graves à l'âge adulte; sobre, fume peu, de caractère calme, sans traces de syphilis, de maladies de peau ni de rhumatismes. *Migraines* violentes et courtes revenant tous les mois. — [La *famille du père* ne présente absolument aucun accident morbide, digne d'attention.]

MÈRE, 26 ans, polisseuse, est une femme de physionomie régulière, grande, brune, un peu obèse. Développée de bonne heure, elle a toujours été bien portante : pas de convulsions dans l'enfance ni de maladies graves à l'âge adulte; actuellement sa santé est parfaite ; elle n'a jamais eu de migraines, de céphalées, ni d'évanouissements; son caractère est tranquille. — [Son *père*, âgé de 60 ans, est affecté de catarrhe pulmonaire et de *névralgies faciales*. — Sa *mère*, 58 ans, grande et forte, souffre de rhumatismes articulaires chroniques depuis 4 ans. Dans le reste de la famille de la mère, on relève quelques parents arthritiques ; un grand-père et une grand'mère asthmatiques, une tante paternelle très obèse. — Aucune tare héréditaire nerveuse.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.

Deux *enfants* : 1° Une fille de 4 ans, bien portante, intelligente, sans convulsions ni tare nerveuse ; — 2° Notre malade.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, les parents étaient bien portants et vivaient en bon accord. La *grossesse*, facile et normale, n'a été signalée que par une *peur*, légère d'ailleurs, au second mois. L'enfant aurait remué énormément. — L'*accouchement* a eu lieu à terme, normalement; l'enfant était très gros. La tête est restée peu de temps au passage. Légère *asphyxie* à la naissance, vite dissipée. Nourri au biberon avec du lait de vache par sa mère pendant le premier mois et par une nourrice pendant les 11 mois suivants.

Premières convulsions dès le premier mois. Elles ont persisté jusqu'à 4 mois et demi. Elles étaient légères, dit la mère : c'étaient des convulsions internes. Elles n'auraient pas entravé le développement physique et cérébral de l'enfant qui paraissait intelligent, riait et reconnaissait un peu son entourage. A partir de 4 mois et demi se sont manifestées de fortes *crises* avec convulsions cloniques généralisées qui se reproduisaient plusieurs fois par mois. A l'âge d'un an, l'enfant a été repris par ses parents qui l'ont conduit à la Salpêtrière où on a prescrit des bains et un sirop inconnu. A la suite de ce traitement, on n'aurait plus vu se reproduire de grandes crises mais seulement des *vertiges* qui se répétaient jusqu'à 10 fois par jour et chaque fois avec le même appareil : la face pâlissait, la tête se projetait en avant, puis se relevait.

La *première dent* s'est montrée à un an ; actuellement l'enfant en a 20. — Il a toujours été gâteux, n'a jamais marché et n'a jamais su se servir de ses mains : il passait la journée, chez ses parents, posé sur un paillasson ou maintenu sur une chaise; il gigotte, rit et crie, présente un balancement antéro-postérieur du tronc, bave abondamment et suce ses

mains sans cesse. Il ne grince pas des dents, mais sa face grimace continuellement. Son regard autrefois normal, *louche* très souvent depuis un an. La mère juge que son enfant « se contrefait de plus en plus ». Il ne reconnait personne ; pas de sommeil la nuit : il crie, rit, grimace.

Jusqu'à ce jour l'enfant n'a eu qu'une congestion pulmonaire à 13 mois ; aucune autre maladie générale, contagieuse ou non. Il n'est pas vacciné. Aucun accident strumeux ; pas d'otite, ni d'ophtalmie ; pas de vers intestinaux ; pas d'onanisme constaté, bien que l'enfant porte souvent la main à sa verge.

Etat actuel. (20 *oct.* 1888). — *Tête.* — Cheveux châtains, assez abondants. — *Crâne* un peu gros, symétrique ; bosses pariétales bien marquées, régulières ; bosse occipitale nette. — Bosses frontales très saillantes ; le front est étroit, haut de 6 cm. 5. Les arcades sourcilières sont peu marquées, les sourcils peu abondants. Pas de blépharite ; les *yeux* sont très mobiles et présentent un *strabisme intermittent* ; l'iris est bleuâtre, les pupilles égales. — Narines très écartées ; bouche moyenne ; voûte palatine ogivale ; amygdales peu saillantes ; réflexe pharyngien normal. — La *dentition* de lait est complète ; les dents sont de forme, de grosseur et de couleur normales ; elles sont un peu serrées à la mâchoire supérieure. — Les *oreilles*, hautes de 5 cm., sont bien conformées ; leurs lobules sont à moitié adhérents. L'*ouïe* est naturelle.

Cou : 27 c. de circonférence. Le *corps thyroïde* est normal.

Thorax : aucune déformation. — Les *organes respiratoires* et *circulatoires* sont en bon état.

Organes génitaux. — Verge : longueur 3 cent., circonférence 4 cent. 5. Le prépuce recouvre le gland, le méat est normal. Les testicules sont remontés dans l'anneau inguinal, les bourses demi-pendantes.

Membres supérieurs et *inférieurs* bien musclés et parfaitement conformés. La préhension est possible, mais l'usage des mains très imparfait. L'enfant ne marche que si on le soutient. Les ongles ne sont pas rongés. — La *sensibilité générale* est intacte.

La préhension des aliments est impossible ; on nourrit l'enfant avec du lait ou des potages donnés à la cuiller ou à la tasse, la nuit le biberon. Les selles sont diarrhéiques et fétides ; l'enfant gâte continuellement et complètement.

La *parole* est absente ; pas trace d'intelligence ni de mémoire. Le malade tourne la tête de droite à gauche continuellement, suce ses mains et bave.

Températures après des accès.

Dates.	T. R. au moment du ronflement	T. R. 1/4 d'heure après l'accès	T. R. 2 heures après l'accès
10 janvier 1889. Journée.	37°, 3	37°,2	37°, 3
1er mars 1889. Nuit	38°	37°, 4	37°
9 juin 1889. Journée	38°	38°	37°, 5

Evolution de la maladie. — 1888. *Oct.-nov.* — Traitement : sirop d'iodure de fer ; un bain salé par semaine ; huile de foie de morue. 19-30 *novembre.* — *Conjonctivite* guérie.

1889. 20-30 *janvier.* — Bronchite.

2 *février.* — On augmente la quantité de lait ; on donne 60 gr. de viande crue, du sirop antiscorbutique et 2 bains salés par semaine. Pas de modifications dans l'état du malade : le poids et la taille ne varient pas.

23 *avril.* — *Diarrhée* avec *chute du rectum.* Guérison le 7 mai.

24 *octobre.* — Pas d'amélioration ; le poids a diminué de 1 kg. depuis 6 mois (10 kg. 500). — Verge : long. 3 cent 5, circonférence 5 cent. Gland non complètement découvrable en raison d'adhérences latérales du prépuce. — Scrotum petit : testicules égaux de la grosseur d'un haricot, situés à la racine des bourses.

9 *décembre.* — *Rougeole* normale accompagnée de bronchite peu intense et de *prolapsus rectal.* Aucune complication. L'évolution normale est terminée le 24 décembre. (*Fig.* 11.)

1890. 1er *août.* — L'enfant commence à se tenir debout ; ses accès semblent diminuer, mais les *vertiges* sont toujours nombreux ; son poids est remonté à 11 kg. 100. Pas de modifications des organes génitaux. Traitement habituel et élixir polybromuré.

29 *septembre.* — Teigne. L'enfant est envoyé à l'isolement où il est soigné par le sublimé et la potasse caustique. La teigne ne disparaîtra qu'en janvier 1893.

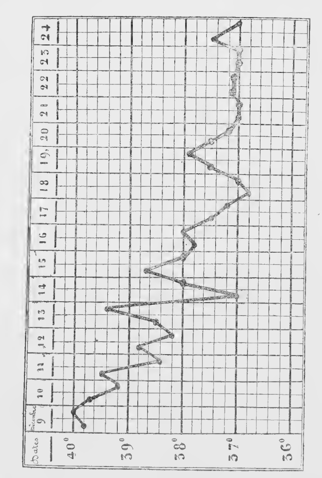


Fig. 11. — Rougeole.

1891. — L'enfant est toujours au pavillon de l'isolement pour sa teigne. Les *accès complets* sont peu nombreux et il est des mois où on n'en note aucun ; mais les vertiges persistent variant de 100 à 400. On supprime l'élixir polybromuré pour le remplacer par des *capsules de bromure de camphre* du Dr Clin ainsi administrées :

2 capsules pendant la 1re semaine.
3 — — 2e —
4 — — 3e —
5 — — 4e —
Repos pendant la 5e —

1892. *Janvier.* — Les vertiges ont diminué de moitié environ depuis le traitement par le *bromure de camphre* qui est maintenu. L'état général reste très précaire ; le poids oscille aux environs de 10 kg. Le malade a eu au pied gauche une lymphangite et de l'œdème déterminés par des engelures. Le tout a rapidement disparu sous l'influence de pansements antiseptiques.

3 *juin.* — L'enfant dépérit sensiblement. La température se maintient aux environs de 36° (M. : 36°, 1 ; S. : 36°, 4). Aucun trouble respiratoire, pas de diarrhée, pas de vomissements : pourtant le ventre est légèrement météorisé et présente quelques varicosités. On prescrit : sirop d'éther, huile de foie de morue, inhalations d'oxygène.

15 *juin.* — Poids : 10,500. L'enfant qui, depuis 2 jours prend de la poudre de viande, présente de la *diarrhée.* T.R. 35°,6 le matin, 34°,8 le soir. — Suppression de la poudre de viande ; sous-nitrate de bismuth. — La diarrhée cesse le 18 juin. Poids : 10 kg.

La poudre de viande reprise le 19 juin détermine une nouvelle diarrhée 3 jours après ; le ventre est ballonné : T.R. 37° ; Pouls 82 ; urines non albumineuses réduisant la liqueur cupro-potassique. — Tous ces symptômes disparaissent le 24 juin. L'enfant pèse 10 kg. Aucun incident ne signale la fin de l'année 1892. Pas de nouvelle poussée diarrhéique ; l'état général se rétablit très lentement.

1893. *Janvier.* — L'enfant, guéri de la teigne, quitte le pavillon d'isolement pour retourner aux gâteux. Son état général, est satisfaisant. Il est à remarquer que pendant toute la période de déchéance qui vient de s'écouler, les accidents convulsifs ont à peu près totalement disparu (1). Du mois de janvier au mois de décembre 1892, on relève seulement 2 vertiges en janvier, 1 accès et 103 vertiges en avril et 8 vertiges en octobre. En décembre 1892, les vertiges reparaissent au nombre de 15 ; en janvier 1893, ils atteignent 77 ; en février, 233. Le traitement par les capsules de bromure de camphre est repris dans les conditions sus-indiquées.

1894. *Janvier.* — Verge : longueur 5 cent., circonf. 6 cent. Prépuce long ; testicules de la grosseur d'un œuf de merle situés au niveau de l'anneau inguinal. Anus normal.

Juin. — L'enfant a pris régulièrement de 1 à 5 capsules de bromure de camphre ; les vertiges ont diminué, mais restent encore nombreux. On modifie le traitement : *bromure de camphre* par doses croissantes de 1 à 6 capsules par jour ; élixir polybromuré une demi-cuillerée à soupe, puis une cuillerée par jour.

1895. 25 *juillet.* — L'état général se maintient satisfaisant ; le nombre des vertiges a diminué, mais celui des accès a augmenté et atteint en moyenne de 8 à 10 par mois. Le traitement est réglé de la façon suivante :

1re semaine	6 caps. de Br. de camphre	et	1 cuil. d'élixir.		
2e —	7 —	—	2 —		
3e —	6 —	—	2 —		
4e —	4 —	—	1 —		
5e —	2 —	—	1 —		
6e —	suspension du traitement.				

Etat de mal. Le 6 *novembre*, le malade, qui n'avait présenté les jours précédents aucun symptôme inquiétant, a six grands accès dans la journée. Entre les accès, l'état général était normal. Le soir, vers 10 heures, les accès réapparaissent et se succèdent à de courts intervalles ; l'enfant ne reprend plus connaissance entre les accès et tombe en *état de mal*. A 6 heures du matin, le chiffre des accès atteint 45. L'enfant est transporté à l'infirmerie. La perte de connaissance est absolue, les membres inférieurs sont flasques et les membres supérieurs contracturés. T.R. 39°,8. Le poumon droit est le siège d'une congestion intense occupant les deux tiers de sa hauteur. (Matité, souffle tubaire (?), râles fins). On prescrit, outre les lotions vinaigrées, des ventouses, des sinapismes, des bains sinapisés et 25 gr. d'eau-de-vie allemande.

7 *novembre.* — La perte de connaissance persiste, les conjonctives oculaires sont injectées dans leur moitié inférieure, la mâchoire et les lèvres sont légèrement contracturées, les quatre membres sont flasques ; *raies méningitiques* très nettes sur le ventre et les membres. Pendant l'examen le malade est pris d'un accès : pas de cri initial, mais un bruit pharyngien rauque ; la tête est fortement rectiligne, le cou tendu, la bouche ouverte, les paupières demi-écartées, les globes oculaires déviés un peu en bas et à gauche, les pupilles égales. Les 4 membres sont raides, les bras collés au tronc, les avant-bras fléchis, les mains en pronation et fléchies sur les avant-bras, le pouce droit collé sur la paume de la main et le pouce gauche fléchi sur les autres doigts. A cette phase succèdent des *secousses tétaniformes* qui semblent un peu plus prononcées au bras droit et surtout au côté droit de la face. Enfin les *convulsions cloniques* terminales paraissent égales des deux côtés. Pas de bave ni de ronflement.

A 8 heures du soir, le malade a eu 40 accès depuis 6 heures du matin, c'est-à-dire 85 en 24 heures. La température s'élève progressivement et atteint 40° après le dernier accès. La T.R. prise entre deux accès, a été trouvée à 39°,7.

8 *novembre.* — 32 accès dans la nuit dernière, de 8 h. du soir à 6 heures du matin. La T. R. a atteint 41°,1 après le dernier accès ; prise dans une période de calme, cette T. R. n'est plus qu'à 40°,7. Le malade n'a pas repris connaissance ; la congestion pulmonaire a gagné la base du poumon gauche ; le poumon droit ne se dégage pas. — *Mort* à 3 heures de l'après-midi. Depuis 6 heures du matin le malade avait eu 25 accès, et la T. R., prise après les accès avait progressivement atteint 42°. (*Fig.* 12).

Tableau des accès.

MOIS	1889 A.	1889 V.	1890 A.	1890 V.	1891 A.	1891 V.	1892 A.	1892 V.	1893 A.	1893 V.	1894 A.	1894 V.	1895 A.	1895 V.
Janvier	2	34	19	»	»	382	»	2	»	77	»	195	2	77
Février	1	69	»	266	»	408	»	»	»	233	»	141	9	49
Mars	9	173	»	162	»	373	»	»	»	188	»	110	9	198
Avril	4	133	15	45	»	372	1	103	»	98	»	125	»	107
Mai	10	»	»	10	»	386	»	»	»	120	»	115	8	92
Juin	60	»	»	41	»	367	»	»	»	132	»	131	6	10
Juillet	86	4	»	43	8	376	»	»	1	161	1	»	10	»
Août	39	13	»	65	2	377	»	»	1	98	2	»	9	»
Septembre	3	226	»	64	»	99	»	»	1	201	9	14		
Octobre	»	218	»	378	»	109	»	8	»	180	»	»		
Novembre	»	76	»	389	»	106	»	»	1	150	5	117		
Décembre	»	»	»	445	»	90	»	45	»	145	»	74		
TOTAL	214	946	64	1.878	10	3.445	1	128	4	1.783	17	1.022	53	533

Température après décès.

	T. R. Du corps	De la chambre.
Température aussitôt la mort	[illegible]	16
— 1/2 d'heure après	41,5	16
— 1 heure après	40	16
— 2 heures après	39,8	15
— 3 heures après	[illegible]	15
— 6 heures après	[illegible]	15
— 9 heures après	24	15
— 12 heures après	[illegible]	15
— 15 heures après	15	15
— 18 heures après	15	[illegible]

Tableau des accès durant l'état de mal.

7 novembre.	Nuit du 6 au 7 (1)	45	85
	Journée du 7	40	
8 novembre.	Nuit du 7 au 8	32	57
	Journée du 8 (2)	25	

(1) Durant ce temps l'enfant a continué son traitement par les capsules de bromure de camphre du Dr Clin.

(1) L'état de mal a débuté le 6 à 10 heures du soir.
(2) La mort est survenue le 8 à 3 heures de l'après-midi.

Mesures de la tête.

	1888	1889	1891	1892	1893	1894	1895	
	Octobre.	Janvier.	Juillet.	Juillet.	Juillet.	Juillet.	Janvier.	Juillet.
Circonférence horizontale maxima.	47	48	48.5	48.5	48.5	48.5	49	49
Demi-circonférence bi-auriculaire	33	33	33	33	33	33	[illegible]	36
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez...	33.5	36	34	35	35	35	36	36
Diamètre antéro-postérieur max..	15.[illegible]	16.2	16	16.4	16.5	16.5	16.5	16.5
— bi-auriculaire............	10.5	10.5	10.5	10.5	10.6	11.5	11.5	11.5
— bi-pariétal............	13.9	13.9	14	14	14	14	14.5	14.5
— bi-temporal............	«							
Hauteur médiane du front........	5	5	5	5	5	6	6	6

Autopsie. *Tête.* — *Cuir chevelu* assez épais. — *Os du crâne* durs, d'une épaisseur variant de 3 à 5mm. — Le *frontal droit* est déprimé ainsi que la *moitié droite* de l'occipital, tandis que le *frontal gauche* et la moitié *gauche* de l'occipital sont saillants, arrondis. La *bosse pariétale gauche* est plus volumineuse que la droite. En somme la moitié gauche de la voûte est plus ample que la droite. Les *sutures*, dentelées, sont partout très distinctes. Il y a plusieurs os *wormiens* sur la suture pariéto-occipitale gauche. — *Dure-mère* un peu épaissie ; un paquet d'adhérences sous forme d'un cordon de 2 à 3 millim. de diamètre situé sur le bord antérieur de la cavité sphénoïdale gauche, à un centim. des nerfs optiques. — Sur le bord opposé de cette même cavité, quelques adhérences occupant une ligne de 1 à 2 centimètres. Quelques adhérences du côté droit. — Les *sinus* de la dure-mère sont à peu près vides, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire dans l'état de mal. — Les différentes saillies et cavités de la base paraissent symétriques ; l'apophyse crista-galli mesure 13 millim. de longueur et 6 millim. d'épaisseur. Le trou occipital n'est pas rétréci.

La *pie-mère*, finement vascularisée sur toute la base, l'est un peu plus sur la convexité ; cette vascularisation atteint un degré assez prononcé sur les circonvolutions qui bordent la scissure interhémisphérique. Pas d'ecchymoses. — La *glande pituitaire*, peu épaisse, est allongée transversalement ; sa substance est molle. — Les différentes parties de la base du cerveau (n. optiques, n. olfactifs, chiasma, etc.) sont égales et symétriques. — Les *tubercules mamillaires* sont très petits (3 à 4 millim. au plus). — Les *pédoncules cérébraux*, la *protubérance* et le *bulbe* ne présentent rien de particulier.

Poids total de l'*Encéphale*....................	1.220 gr.
Hémisphère cérébral droit....................	545 gr.
Hémisphère cérébral gauche....................	536 gr.
Cervelet....................	110 gr.
Bulbe et protubérance....................	30 gr.

Hémisphère cérébral gauche. — La décortication est très difficile ; les circonvolutions sont accolées les unes contre les autres ; l'accolement existe surtout au niveau des lèvres des sillons, tandis que, dans le fond des sillons, la pie-mère s'enlève assez facilement. La pie-mère n'est pas notablement épaissie. Presque sur toute la surface de l'hémisphère on enlève des fragments de substance grise. — La *corne d'Ammon*, la *couche optique*, le *corps strié* ne présentent rien de notable.

Hémisphère droit. — Mêmes lésions.

Cou et thorax. — *Corps thyroïde* : 10 grammes, petit, normal ainsi que le *cœur* : 110 gr. Pas de persistance du trou de Botal. — *Poumon droit*, 275 gr. Congestion intense occupant le lobe inférieur et environ le tiers du lobe moyen. — *Poumon gauche*, 205 gr., congestionné à un degré moindre, au niveau du lobe inférieur.

Abdomen. — *Foie :* 640 gr., légèrement congestionné. — *Rate :* 80 gr., normale. — *Rein droit :* 60 gr. ; — gauche : 65 gr. Pas de calculs rénaux. — *Pancréas :* 35 gr., normal. — Pas d'*ecchymoses* sur les viscères thoraciques ou abdominaux.

Réflexions. — I. Rien de significatif à noter au point de vue de l'*hérédité*.

II. Durant la grossesse, *émotion* sans phénomènes sérieux et, à la *naissance*, asphyxie tout à fait passagère.

III. Ni les antécédents familiaux, ni les accidents des périodes fœtale et obstétricale, ne pouvaient être considérés comme devant faire craindre des accidents nerveux graves. Cependant, dès le premier mois et jusqu'à 4 mois et demi, l'enfant a eu des *convulsions*, dites *internes*, qui ont été elles-mêmes suivies d'*accès* puis de *vertiges épileptiques*.

IV. Ici, l'*idiotie* et l'*épilepsie* paraissent concomitantes et reconnaitre la même origine. Il ne faut pas confondre ce double état pathologique avec l'*épilepsie* compliquée de *démence*.

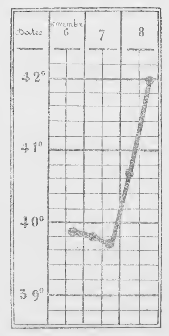


Fig. 12. — État de mal.

V. Citons, comme maladies *intercurrentes*, une *conjonctivite*, une *bronchite*, une *chute du rectum*, une *entérite chronique* et la *rougeole*. Nous avons donné le tracé thermométrique de cette dernière maladie qui est à comparer avec ceux qui accompagnent la relation d'une *épidémie de rougeole* que nous avons publiée en 1881 avec notre ami le Dr Bonnaire (1).

VI. Chez Sch... l'épilepsie se présentait sous forme d'*accès* et de *vertiges*. Sous l'influence d'un premier traitement par les capsules de *bromure de camphre*, nous avons vu les vertiges diminuer puis disparaitre complètement. Le médicament ayant été suspendu, les vertiges se reproduisirent (1893-1894), mais beaucoup moins nombreux. Un second traitement ne détermina qu'une cessation momentanée du petit mal.

VII. L'*état de mal*, qui a occasionné la mort de

(1) *Compte rendu du service pour* 1881, p. 95-169. Nous nous permettrons d'appeler sur ce travail l'attention des médecins qui auront l'occasion de s'occuper de la même question. Il contient 15 tracés.

l'enfant, s'est borné à la *période convulsive*. En 41 heures, il a eu 142 accès. Ils ont revêtu le caractère subintrant et, peu après le début, le coma a été absolu. En même temps, selon la règle, la température centrale s'est élevée à 42°. Notons en passant que deux fois, entre les accès, on a noté un léger abaissement de la température, ce qui prouve une fois de plus que, sous l'action de l'accès épileptique, la température s'élève. *(Fig. 12.)*

OBS. II. — **Epilepsie idiopathique; accès sériels; — état de mal; mort; élévation considérable de la température.**

SOMMAIRE. — *Père, grand fumeur, alcoolique, syphilitique. — Grands-pères paternel et maternel très-violents. — Tante et cousine paternelles aliénées. — Oncle buveur. — Cousin idiot. — Grand'tante paternelle cancéreuse. — Conception dans l'ivresse. — Traumatismes abdominaux répétés et ennuis pendant la grossesse. — Pas de convulsions dans le jeune âge. — Début de l'épilepsie à 13 ans. — Excès de boisson à 14 ans. — Caractère violent. — Déchéance. — Plusieurs séries d'accès. — Mort en état de mal épileptique avec accidents pseudo-méningitiques.*

AUTOPSIE. — *Congestion de la pie-mère. Pas de méningite.*

Debie..., (Georges), né à Paris, le 29 septembre 1879, est entré à Bicêtre le 13 juillet 1893 et est mort le 20 février 1896.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par sa mère* le 10 août 1893.) — PÈRE, 43 ans, bijoutier, n'a jamais eu ni convulsions ni migraines. Il a eu la *syphilis* deux ans avant son mariage. Il est *alcoolique*, boit beaucoup d'absinthe. Il fume considérablement (10 cigares par jour). Il est débauché, a un caractère violent, frappe sa femme et ses enfants. [*Famille du père.* — Son *père* s'est suicidé à 71 ans à la suite de mauvaises affaires. Il buvait beaucoup et était très violent. La *mère*, âgée de 72 ans, est toujours souffrante et garde le lit on ne sait pour quelle maladie; elle est aussi emportée et violente. — Pas de renseignements sur les *grands-parents paternels*. — Une *tante maternelle*, morte à 74 ans d'un *cancer de l'utérus*. — Une *sœur*, 50 ans, très violente, a eu une fille morte *folle* à 24 ans; — un autre de ses fils « a l'air d'un *idiot* ». — Une autre *sœur* de 47 ans est aussi violente. — Un *frère* de 46 ans, buveur, emporté, a des enfants bien portants. — Une autre *sœur*, de 45 ans, est en bonne santé. — Une *sœur* jumelle (du père de l'enfant) est bien portante; c'est la moins violente de la famille. — Une dernière *sœur* est morte aliénée à 38 ans. — Dans le reste de la famille il n'y a pas d'autres idiots, aliénés ou suicidés à signaler. — Toutes les sœurs du père — tantes paternelles de l'enfant — ont eu une mauvaise conduite avant leur mariage.]

MÈRE, 44 ans, ménagère, d'un caractère calme: pas de convulsions; fièvre typhoïde en 1870. Fréquentes migraines, surtout au moment des règles. Elle a quitté son mari il y a 3 ans à cause de son inconduite et de ses mauvais traitements. — [*Famille de la mère.* — Son *père*, décédé à 67 ans d'une maladie du cœur, était violent, mais ne buvait pas. — Sa *mère*, vigoureuse, est morte en couches à 33 ans. — *Grand-père paternel*, en bonne santé. — *Grand-père maternel*, très-violent. — Pas de renseignements sur les *grand'-mères*. — *Frère* mort à 42 ans, *tuberculeux*; — second *frère* de 32 ans, grand *buveur* et débauché; — une *sœur*, morte à 41 ans, cardiaque. — Rien à signaler dans le reste de la famille.]

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 9 mois (père plus jeune).

7 *enfants* : 1° garçon, mort-né; — 2° garçon, mort-né; — 3° un garçon de 19 ans, caractère très-violent, atteint d'une arthrite du genou droit; il présente des lésions de *syphilis héréditaire oculaire* reconnues par le Dr Trousseau. — Très faible de santé. A eu des *convulsions* à 11 mois, ne boit pas mais est très violent. — 4° Un garçon de 17 ans, bien portant, doux de caractère. — 5° Notre malade. — 6° Un garçon de 11 ans, très intelligent, mais bizarre de caractère; — 7° un garçon mort du croup à 4 ans.

Notre malade. — *Conception* dans l'ivresse *alcoolique*, mauvaise entente entre les conjoints. — *Grossesse* accidentée par des *émotions* dues aux coups de pied violents que son mari lui donnait dans le ventre. — *Accouchement* naturel, à terme, sans chloroforme, en deux heures. Pas d'asphyxie *à la naissance*. — Allaité par sa mère jusqu'à 8 mois, puis sevré et nourri au *lait de chèvre*. — Première dent à deux mois. — A parlé à 17 mois; a marché à 20 mois. — *N'a jamais eu de convulsions.*

L'enfant aurait eu la *variole* à trois semaines et fut *vacciné* à la même époque. — *Rougeole* à 6 semaines. Debie... a un caractère colère; assez affectueux pour sa mère, il l'est peu pour son père et ses frères qu'il insulte. Il a fait plusieurs *fugues* de chez lui pendant 4 à 5 heures. Il se bat avec les autres enfants. — Il était très intelligent, assure-t-on, avant le *début de l'épilepsie* à l'âge de 13 ans (novembre 1892). La mère attribue la maladie convulsive aux mauvais traitements du père, car, répète-t-elle, il n'y a pas eu d'épileptiques dans la famille. — Debie... a eu trois accès en novembre et décembre, rien en janvier 1893, trois accès en février. A cette époque, elle se rendit à la consultation de la Salpêtrière où l'on prescrivit du bromure et des douches. Debie... alla vivre les trois mois suivants avec son père qui lui fit boire de tout. Quand il revint chez sa mère, en juin 1893, parce que son père le frappait, aux accès s'étaient ajoutés des *vertiges*. — Il avait des accès presque tous les jours. Le *premier accès* eut lieu la nuit. La mère fut réveillée par un ronflement. Elle trouva l'enfant livide, inerte, le nez pincé; il ne se réveilla pas, et le lendemain il se plaignait seulement de lourdeur de la tête. Il eut ensuite plusieurs accès sur la voie publique. — Il s'arrête, tombe sans pousser un cri, ne se débat pas, il reste dans un état comateux pendant 10 minutes et, quand il reprend ses sens, il croit avoir dormi.

Depuis le mois de juin, il a deux ou trois accès par semaine. En outre il est souvent pris de *vertiges* : il regarde fixement, respire bruyamment, devient très rouge puis très-pâle. Après les vertiges, il se met à chanter et à siffler. Après les accès, *il reste abruti pendant cinq heures*, mais il n'est jamais paralysé.

Etat actuel. — 1er *septembre* 1894. — L'enfant présente un état général satisfaisant. Les cheveux forment un épi sur la bosse pariétale gauche. Le *crâne* est bien conformé, les bosses frontales ne font pas saillie. Le *front* est assez élevé, les arcades sourcilières ne sont pas proéminentes, elles sont recouvertes de sourcils noirs, abondants. Les *yeux* sont mobiles; la réaction des pupilles à la lumière est diminuée. — *Bouche* symétrique, lèvres épaisses, non saillantes. — Voûte palatine régulière. — Menton assez pointu. — *Oreilles* moyennes, assez écartées.

Cou assez long, circonférence 32 centimètres. *Thorax* bien conformé ainsi que l'*abdomen*. *Organes génitaux* : rien de particulier. — *Sensibilité* normale. Les *membres* supérieurs et inférieurs sont normaux.

Intelligence. — L'enfant comprend lentement ce qu'on lui demande; il répond souvent par un rire niais; il lit couramment, mais la prononciation est quelquefois difficile. Il fait des dictées sans trop de fautes, connait les quatre règles, la mémoire est assez bonne. Sa tenue et sa conduite sont convenables. Tout indique qu'il a perdu de ses connaissances scolaires depuis le début de sa maladie. Il a été placé comme apprenti dans trois maisons mais n'a pu être gardé à cause de sa maladie.

Décembre. — Affaiblissement intellectuel attribué à des vertiges — non notés sur le tableau — et que l'instituteur signale dans ses notes de fin d'année : deux pendant chaque classe, en moyenne. Il ne sait plus ses quatre règles. Son écriture est moins bonne; il copie encore les modèles. La mémoire a baissé : il ne retrouve pas sa place au dortoir et au réfectoire. Il est devenu glouton et mange moins proprement.

Température pendant 2 accès

	1895 10 novembre.	15 decembre.
Au moment du ronflement	37°,2	37°,5
1/4 d heure apres l'acces..	37°,5	37°,4
2 heures apres l'acces	37°,7	37°,6

Tableau des vertiges et des accès.

MOIS	1895		1896		1897		1898	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	17	»	15	»	2	»
Février	—	—	22	»	5	»	144	»
Mars	—	—	25	»	10	»		
Avril	—	—	12	»	40	»		
Mai	—	—	9	»	25	»		
Juin	—	—	14	»	39	»		
Juillet	2	»	12	»	25	»		
Août	8	»	15	»	32	»		
Septembre	14	»	19	»	16	»		
Octobre	7	»	24	»	26	»		
Novembre	10	»	14	»	66	»		
Décembre	12	»	9	»	170	»		
TOTAUX	53	»	192	»	469	»		

1894. *Avril.* — La déchéance continue. Physionomie sombre. Apathie physique. Il ne cause pas avec ses camarades. La parole est tremblotante, il fait un effort pour commencer. On note un léger frémissement de la pointe de la langue. Les pupilles, dilatées, sont égales. — Il paraît que, après ses accès, Deb... ne revient à lui qu'au bout d'une demi-heure, quelquefois une heure. Il n'est pas gâteux. Il faut maintenant l'aider à s'habiller.

Traitement : On continue l'élixir polybromuré et les douches.

Juin. — A l'école, il fait quelques copies ; n'a plus d'initiative personnelle, ne comprend plus. Il est poli, tranquille.

1895. *Janvier.* — Deb..., qui a eu 192 accès en 1894, continue à déchoir. Il a maigri beaucoup, est devenu gâteux, ne sait plus manger, ni s'habiller seul.

Juillet. — *Démence* progressive, allant de pair avec l'accroissement des accès. Physionomie hébetée, pupilles égales, marche titubante, parole nulle, bave constante.

7 novembre. — D... qui avait eu une centaine d'accès en avril, mai et juin, n'en a eu que 74 en août, septembre et octobre. Aussi, durant cette dernière période, son état général s'était-il un peu relevé : il reconnaissait ses parents et les personnes du service, répondait aux questions. La nuit dernière, il a eu 17 accès. A partir de là, les accès ont eu la marche suivante :

Durant ces *séries* d'accès, l'enfant s'est davantage abaissé. L'amélioration relative observée précédemment a disparu..

22 décembre. — Deb... a eu 11 accès dans la nuit et 6 dans la journée. Nous assistons à des accidents analogues à ceux qui ont été observés au commencement de novembre.

	Accès	Matin.	Soir.
23 *décembre*	14	37°,4	37°.5
24 —	9	36°.8	36°,1
25 —	9	37°,4	37°,2
26 —	12	37°	36°,8
27 —	29	36°,8	37°
28 —	75	37°,2	37°,4
29 —	20	36°,3	37°,4
30 —	1	36°,1	36°
31 —	»	36°,4	36°,6

1896. *Janvier.* — Pendant ce mois, il n'y a eu que deux accès. Du 1er au 10 la T.R. a oscillé entre 37°.2 et 37°,4. — L'enfant, très affaibli reste le plus souvent alité. — Pupilles égales. Un peu de frémissement de la parole. Pas de tremblement de la langue. Réponses difficiles, incohérentes ; D... ne sait plus ni la date de sa naissance, ni la date du jour. Léger tremblement des mains.

Puberté. — La face et le tronc sont glabres, quelques poils au pénil. Verge : longueur, 8 cent. et demi, circonférence, 8 cent. Testicules de la grosseur d'un œuf de merle. Quelques poils à l'anus.

MESURES DE LA TÊTE.	1894	1895		[illegible]		1898	
	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Févr.
Circonférence horizontale maxima	53	53.5	53.5	53.5	53.5	54	54
Demi-circonférence bi-auriculaire	35	[illegible]	35	35	35	36	36
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39	39	39	39	39	39	39
Diamètre antéro-postérieur maximum	19	19	19	19	19	19.5	19.5
— bi-auriculaire	12.6	12.6	12.6	12.6	12.6	12	12
— bi-pariétal	14	14	14.2	14.2	14.2	14.5	14.5
— bi-temporal	12	12	12	12	12	12	12
Hauteur médiane du front	6	6	6	6	6	6	6

15 *février.* — Après la rémission de janvier, nous assistons à un retour des accès : 5 le 13 et le 14, 27 le 15.

Etat de mal. — Dans la nuit du 15 au 16 *février*, l'enfant est pris d'une série d'accès convulsifs (26) avec stertor et miction involontaire. Dans la journée du 16, 30 accès. T. R. 37°,3 le matin et 37° 1 le soir.

17 *février.* — Dans la nuit 18 accès ; dans la journée 30 accès. — *Matin* : T. R. 37°, 9. — *Soir* : T. R. 38°, 3.

18 *février.* — Dans la nuit, 11 accès ; dans le jour, pas d'accès, mais la température, qui était le matin à 38°, 3, s'élève

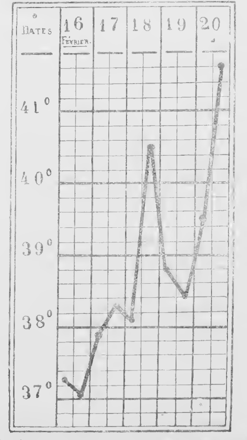


Fig. 13. — Etat de mal de Deb.. La dernière notation thermométrique a été prise pendant la vie. Après la mort la T. s'est élevée à 42°.

le soir à 40° 5. L'enfant est très pâle, très abattu, inconscient. il est couché en chien de fusil, le ventre déprimé en bateau. Les pupilles sont inégales.

19 *février.* — Pas d'accès. Abattement de plus en plus marqué. Interpellé vivement, il semble regarder mais ne répond pas. Pupille droite très dilatée. Face maigre, tournée à gauche. Trismus. Narines sèches. Conjonctives oculaires injectées. Pas de contractures des membres, sauf à l'épaule gauche. *Matin* P. 120 ; R. 25 ; T. R. 38° 8. — *Soir* . T. R. 38° 4.

20 *fév.* — L'enfant est dans le coma. Regard sans expression; aucune excitation ne produit même un semblant de retour à la connaissance. Pupilles un peu dilatées, la gauche plus que

la droite. Face amaigrie tournée à gauche. Traits tirés. Contracture des mâchoires. Pas de roideur du cou. Un peu de roideur de l'épaule gauche et des genoux. Langue chargée, humide; ventre creux. Pas d'accès hier et aujourd'hui. Pouls irrégulier, une pulsation forte est suivie de 2 ou 3 pulsations très faibles. Dyspnée croissante, mouvements respiratoires saccadés. T.R. 39°,5. — Les *phénomènes méningitiques* s'aggravent dans l'après-midi et l'enfant meurt, sans nouveaux accès, à 5 h. et demie avec une T. R. de 41°,6. — *Poids*: 29 kg. 800. (*Fig.* 13.)

Tableau des accès durant l'état de mal.

16 février ..	Nuit du 16 au 19 .... / Journée du 17	56
17 février ..	Nuit du 17 au 18 .... / Journée du 18	18
18 février ..	Nuit du 18 au 19 .... / Journée du 19	11
19 février ..	Nuit du 19 au 20 .... / Journée du 20	»

Température après décès.

	T. R. Du corps.	T. De la chambre.
Température aussitôt la mort	42°,5	12°
— 1/4 d'heure après	40°	12°
— 1 heure apres	39°,5	12°
— 2 heures apres	38°	12°
— 3 heures après	37°	11°
— 6 heures après	28°	11°
— 9 heures après	20°	10°
— 15 heures après	15°	10°
— 18 heures après	10°	10°

Autopsie faite 41 heures après le décès. — *Tête.* Cuir chevelu mince, pâle dans sa moitié antérieure, un peu congestionné dans sa moitié postérieure. La *voûte du crâne* est profonde. — La *calotte cranienne* est allongée, lourde, épaisse sur toute sa coupe et notablement plus du côté droit que du côté gauche. Elle ne présente que de rares zones de transparence sur la ligne médiane le long de la suture sagittale au niveau de l'emplacement de la fontanelle et sur la partie médiane du frontal. A la face externe, la *suture coronale* est très contournée sauf à sa partie médiane où elle est en dents de souris, limitant un *os wormien* quadrilatère qui remplit l'emplacement de la fontanelle antérieure. Cet os wormien a 20 millimètres d'avant en arrière sur 18 millimètres de largeur; ses bords offrent des dentelures se rapprochant comme forme de celles des sutures voisines. Les deux tiers sont à gauche de la ligne médiane. La suture sagittale part du tiers droit de son bord supérieur. Elle est très sinueuse excepté sur un centimètre et demi de son parcours, à 2 centimètres et demi du lambda au niveau duquel elle a repris ses sinuosités. La *suture lambdoïde* est très sinueuse et symétrique. A la face interne, des sillons profonds marquent sur les pariétaux la trace des vaisseaux méningés. Les éminences mamillaires sont nombreuses et fortement accusées. Une gouttière large, à bords très mousses, existe à la partie moyenne du frontal. On note une dépression de 5 cm. de long sur 3 cm. de large qui lui fait suite au niveau de l'emplacement de la fontanelle antérieure. La gouttière située le long de la suture sagittale est assez étroite et à rebords plus saillants. Les sutures sur la face interne sont presque rectilignes. L'os wormien, décrit à la face externe, offre les mêmes dimensions; ses bords gardent les caractères des sutures voisines.

L'*apophyse crista-galli* est moyennement développée. — La *glande pituitaire* a son aspect et son volume habituels. — Les *fosses* de la base sont normales et symétriques. Le *trou occipital* n'est pas rétréci. — *Liquide céphalo-rachidien* en petite quantité. — La *dure-mère* adhère fortement à la calotte le long des sutures. Ses *sinus* contiennent quelques caillots noirs et du sang fluide. — La *pie-mère* est finement vascularisée sur toute la face convexe et à la base. Quelques taches ecchymotiques sur les lobes temporaux. La décortication s'opère avec facilité, sauf au niveau de la face interne, dans le voisinage du corps calleux où elle est très adhérente. — Les *artères*, les *nerfs* de la base, les *tubercules mamillaires*, etc., sont symétriques.

Cerveau. — Les circonvolutions paraissent assez développées et les sillons assez profonds. Quelques-unes ont un aspect chagriné; çà et là on note des taches ayant une coloration chair de saumon.

Encephale	1.367
Hémisphère cérébral droit	618
— gauche	600
Hémisphère cérébelleux droit	63
— gauche	66
Bulbe et protubérance	20

Cou et thorax. — *Glande thyroïde*, 10 gr. — Pas de thymus. — *Poumon* droit, 430 gr. — *Poumon* gauche, 500 gr. — Nombreuses adhérences du poumon droit. — Petite caverne au sommet de chaque poumon. — *Cœur* (200 gr.), *péricarde* rien, sauf de gros caillots fibrineux dans l'oreillette et le ventricule droits.

Abdomen. — *Estomac, rate* (60 gr.), *foie* (1035 gr.), *vésicule biliaire, pancréas* (30 gr.), rien à noter. — *Rein droit* (110 gr.), sain. — *Rein gauche* (105 gr.), présente deux petites capsules surrénales accessoires. — *Capsules surrénales* très indurées. — *Intestin grêle*, vide, sain. Le *cæcum* et le *colon iliaque* renferment des matières dures. — *Appendice vermiculaire*, 9 cm. — *Vessie* et *péritoine*, rien.

Réflexions. — I. Les *antécédents héréditaires* de l'enfant, assez chargés, peuvent se résumer ainsi : *père* syphilitique, alcoolique, tabagique, débauché, violent ; — *grand-père paternel* buveur, violent, suicidé ; — *grand'tante paternelle* cancéreuse ; — *tantes paternelles*, violentes, débauchées, l'une d'elles morte folle ; — *oncle paternel* buveur et emporté ; — *cousine germaine* aliénée ; — *cousin germain* idiot ; — *mère* migraineuse ; — *grand-père* et *arrière-grand-père maternels* violents ; — *oncle maternel* buveur ; — *frère* violent, convulsions de l'enfance.

II. Le père, avons-nous dit, avait contracté la *syphilis* deux années avant son mariage. Il était encore sous l'influence de cette maladie quand il s'est marié. En effet, ses deux premiers enfants sont venus mort-nés et le troisième a des accidents oculaires dus à la syphilis héréditaire. Notre malade et deux frères, venus après lui, paraissent avoir été exempts de l'infection syphilitique. La syphilis héréditaire ne paraît pas exercer, d'ailleurs, un rôle important dans l'étiologie des différentes formes de l'idiotie, ou, si l'on préfère, des idioties. Le plus souvent, quand la syphilis est encore en puissance chez les conjoints, les produits de la conception sont expulsés avant terme ou à terme mort-nés. Plus tard, l'infection s'atténuant, les enfants survivent, — le troisième enfant, ici, en est la preuve, — offrant des manifestations diverses de la syphilis héréditaire, mais rarement des lésions cérébrales aboutissant à l'idiotie ou même à l'épilepsie. Chez notre malade, l'autopsie n'a décelé aucune lésion macroscopique de nature syphilitique.

III. L'enfant a été conçu dans l'*ivresse alcoolique* et alors que les père et mère étaient dans des conditions morales détestables. La *grossesse* a été accidentée par des scènes et des violences.

IV. Sous l'influence, peut-être, des mauvais traitements exercés sur lui par son père, l'enfant, jusque-là normal, assure-t-on, a été atteint d'*épilepsie* à 13 ans. Un an plus tard, à la suite d'*excès de bois-*

son, probablement, aux *accès*, devenus plus fréquents, se sont ajoutés des *vertiges*. Le caractère se modifie, l'enfant est irritable ; ses facultés intellectuelles diminuent.

V. Durant son séjour dans le service (juillet 1893-février 1896), nous assistons à une *déchéance progressive* : les accès sont de plus en plus fréquents; le retour de la connaissance n'a lieu que lentement ; Deb.. reste hébété, plus ou moins inconscient, durant plusieurs heures. Il s'affaiblit intellectuellement et physiquement.

A la fin de l'année 1895, surviennent des *accès sériels*

Il est sur las terre,
A pleurer d'ennui,
Des enfants sans
mère, Et privésd'appui

Fig. 14.

aggravant encore la situation physique et mentale qui s'était amendée durant une période où les accès avaient été moins nombreux.

Fig. 15.

VI. Les températures prises, selon la règle, pendant les cinq premiers jours de l'admission oscillent entre 37° et 37°, 3. Ces notations permettent de se rendre mieux compte de l'action de l'ictus épileptique sur la température. Dans deux accès la température s'est élevée à 37°,7 et à 37°,6 (p. 165), ce qui confirme une fois de plus l'opinion émise par nous, à savoir l'*élévation de la température centrale* dans les accès d'épilepsie.

VII. L'*épilepsie*, chez Deb.., s'est compliquée de *démence*, empirant parallèlement à l'augmentation des accès. Peu à peu les connaissances scolaires se sont perdues jusqu'à devenir nulles. Son *écriture* qui était encore assez bonne à l'entrée, en 1893 (*fig.* 14), était devenue illisible à la fin de 1895 (*fig.* 15). Les *facultés intellectuelles* déclinent progressivement, la *mémoire* et la *parole* se perdent, la *volonté* est nulle, l'enfant ne reconnait plus sa place ni au réfectoire, ni au dortoir, il mange avec gloutonnerie, malproprement, devient gâteux. Les mains tremblent, la marche est titubante, Deb... bave, etc. A l'autopsie nous n'avons pas trouvé d'adhérences de la pie-mère — si ce n'est au niveau de la face interne et encore très limitées, suffisantes pour expliquer les symptomes cliniques. C'est ce qui arrive d'ailleurs dans un groupe de cas de *démence épileptique*, tandis que dans un autre groupe on trouve des *lésions de méningo-encéphalite* très prononcées, en étendue et en intensité (1).

VIII. Cette observation nous montre non seulement que la température s'élève pendant les accès, qu'elle n'augmente que médiocrement au cours des séries d'accès, mais qu'elle monte très haut dans l'*état de mal*. (*Fig.* 13, T. R. 42°,3 au moment de la mort.) Le malade a succombé, non dans la période convulsive (115 accès en 48 heures) mais dans la *période méningitique*. Entre les deux périodes, ainsi que nous l'avons montré naguère, il y a eu un abaissement de température (38°,4). L'*état de mal* a offert également ses autres caractères habituels : accès subintrants, coma, altération des traits, amaigrissement, contractures variables, etc.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Certificats médicaux et Conseils de revision.

Dans un récent article (*Science et galons*, n° 52, 1898), j'ai prouvé combien étaient inconsidérées, irréfléchies, les paroles prononcées par M. l'Inspecteur général du service de santé de l'armée; combien ses conseils étaient contraires aux règles de la déontologie et du bon sens, quand il recommandait à nos jeunes confrères du Val-de-Grâce, de ne pas attacher trop d'importance aux certificats délivrés par leurs confrères, certificats indispensables, suivant moi, pour les éclairer en certains cas sur des antécédents suspects.

Je ne prévoyais pas que des événements ultérieurs viendraient donner à ma protestation une sanction aussi précieuse que celle de M. le Ministre de la Guerre qui, dans une circulaire toute récente, recommande aux médecins militaires de se montrer très rigoureux dans l'admission des jeunes gens soupçonnés de tares constitutionnelles, et de s'éclairer dans ce but de tous les renseignements qui pourraient leur être utiles.

On ne saurait savoir trop de gré à M. le Ministre de la Guerre d'avoir donné à nos justes réclamations l'appui de sa haute autorité et de son indiscutable savoir. Il a fait disparaître toute la pénible impression produite par le discours de M. l'Inspecteur général, mettant en doute l'expérience et la bonne foi de ses confrères civils ; il a montré que les paroles de ce haut fonctionnaire n'engageaient en rien la manière de voir des médecins militaires, et que l'élévation où le plaçaient ses galons dans la hiérarchie militaire, ne prouvait en aucune façon sa suprématie dans le domaine scientifique.

Mais c'est assez nous étendre sur ce sujet. Aussi bien la chose est inutile, puisque, pour tous, il reste bien évident qu'un médecin n'a le droit de chercher à imposer son opinion en fait de matières scientifiques, que s'il a mérité, par ses travaux, par ses récompenses académiques, par ses succès dans les concours, par ses titres, d'être considéré comme un guide, un maître incontesté. Je désire simplement aujourd'hui attirer l'attention de nos confrères sur la manière dont ils peuvent devant les Conseils de revision appuyer leurs

(1) Voir . Bourneville, d'Olier et E. Brissaud. — *Contribution à l'étude de la démence épileptique* (*Archives de Neurologie*, 1880, t. 1, p. 212, avec pl.).

revendications en faveur de leurs clients, et apporter ainsi une aide précieuse aux prescriptions si sages de M. le Ministre de la Guerre.

Dans un récent article publié dans le *Bulletin médical* (n° 17, 25 février 1899), mon ami le Dr Noel a montré combien l'examen devant les Conseils de révision était rapide et insuffisant; il demande avec sa judicieuse compétence, qu'à l'exemple de ce qui a lieu en Allemagne, les intéressés puissent en appeler des décisions de ce Conseil, à un tribunal plus élevé.

Je voudrais démontrer que les règlements en vigueur permettent de lui donner satisfaction, et qu'il ne dépend que de nous de combler un désidératum si fâcheux. Je crois, en effet, que toute la question dépend de la valeur de nos certificats, de leur rédaction et de la façon dont nous en poursuivons la prise en considération.

Il est inutile de rappeler quelle réserve prudente nous devons apporter dans la délivrance de ces certificats. Ils doivent être établis en toute connaissance de cause, ne relater que des faits observés par nous, ne contenir que des allégations que nous avons pu nous-mêmes contrôler, que des faits d'une évidence telle que leur importance ne saurait échapper aux esprits les moins clairvoyants. Leurs conclusions ne doivent être dictées que par une connaissance parfaite des vérités scientifiquement démontrées, et des conditions indiscutablement reconnues dans lesquelles la vie militaire peut placer les jeunes gens dont la santé et l'existence ont été mises par leurs familles sous notre sauvegarde. On y joindra toutes les preuves scientifiques que les moyens d'investigation physique mettent aujourd'hui à notre disposition; preuves scientifiques basées sur des examens faits par des gens absolument compétents. Ces certificats et ces pièces ne doivent pas être remis par le client au médecin chargé de l'examen, afin de ne pas paraître vouloir influencer, en quoi que cela soit, sa manière de voir. C'est au président du Conseil qu'il appartient, dès que le médecin du Conseil a terminé son examen, de lui communiquer le dossier dont il a pris connaissance.

Supposons que l'admission ait été prononcée. Nous ne devons pas considérer ce jugement comme définitif. Pour tenter de nouvelles démarches, qui sont pour nous un devoir envers notre client et sa famille, nous devrons attendre quelques mois ; c'est-à-dire le moment de l'appel de la classe. Quelques semaines avant cette époque, nous sommes en droit d'adresser au général commandant le département auquel appartient le conscrit, un rapport détaillé justifiant notre certificat, indiquant toutes les causes pour lesquelles nous sommes d'avis que l'incorporation prononcée par le Conseil de revision constituera pour notre client une source de dangers manifestes, et relatant les pièces et les preuves que nous avons déjà fournies. Le général donnera l'ordre de présenter le jeune homme au médecin du recrutement, qui prononcera sur la nécessité d'envoyer l'intéressé devant le conseil de réforme. C'est à nous qu'il appartiendra d'insister auprès de notre confrère sur toutes les raisons que nous invoquons, d'avoir avec lui une véritable consultation qui permettra de discuter notre manière de voir. Si malgré ces démarches notre avis n'est écouté ni par le médecin du recrutement, ni par la commission de réforme, notre client rejoindra son corps. Mais nous ne devons pas encore considérer la partie comme perdue si nous sommes bien convaincus de la justice de notre cause. Nous avons toujours la ressource d'en appeler à une autorité supérieure, celle du commandant de corps d'armée, qui peut ordonner l'envoi du jeune soldat devant la commission régionale de réforme. Enfin, dans le cas de non réussite auprès de ce nouveau tribunal, nous ferons appel en dernier recours au sommet de la hiérarchie, en demandant au Ministre de la Guerre de porter la solution de la question devant le Comité de santé.

Telle est la marche à suivre pour faire triompher ce que nous considérons comme la vérité et la justice. Il est facile de se convaincre que les juridictions appelées à trancher le litige sont nombreuses; que, par conséquent, sont nombreuses aussi les chances de rencontrer des hommes compétents, d'âge et d'expérience, de savoir et de conscience indiscutables, tout disposés à accepter notre manière de voir, si elle est présentée sous une forme véritablement scientifique et bien faite pour entraîner la conviction. Je crois donc utile en terminant de citer un cas personnel qui montrera la conduite que nous devons tenir et la façon dont nous devons rédiger nos certificats. Voici le fait :

Un de mes clients, jeune homme d'une excellente santé, sans antécédents héréditaires, candidat à Saint-Cyr, avait été atteint, à l'âge de 17 ans, d'une laryngo-bronchite avec manifestations localisées au sommet gauche, donnant à l'auscultation tous les signes d'une broncho-pneumonie à forme chronique, que l'examen bactériologique fait par Miquel, permit de reconnaître comme étant de nature bacillaire. Ce jeune homme fut visité par d'autres confrères, entre autres par Lancereaux, qui partagèrent le même avis. On refusa de l'engager pour Saint-Cyr, et pendant deux années il fut ajourné (je n'ai jamais pu m'expliquer cette demi-mesure) par le conseil de revision. Pendant ces années, grâce à un traitement local et surtout à une cure d'air faite à la campagne avec suralimentation pendant deux années consécutives, sa santé s'améliora tellement que les signes stéthoscopiques du sommet disparurent, et que l'état général devint celui d'un homme en parfaite santé. Sur ces entrefaites, il se présenta une troisième fois devant le conseil de revision avec un certificat dans lequel je relatais tous les faits observés, et auquel je joignis le résultat de l'examen bactériologique. Malgré sa réclamation il fut déclaré « bon pour le service », sans qu'on prît même le soin de l'examiner et de lire mes certificats. Confiant dans la justice de la cause que j'avais à soutenir, j'attendis jusqu'au mois d'octobre, et quelques semaines avant l'appel de la classe, j'adressais au général commandant le département de la Seine, une lettre-rapport dans laquelle, après avoir rappelé les faits que j'ai indiqués, je le priais de décider sur les conclusions suivantes :

1° Dans le cas d'un certificat délivré par un médecin dont l'expérience et la bonne foi ne sauraient être mises en doute, en présence de preuves scientifiques basées sur un examen fait par un savant de compé-

tence incontestée, M. Miquel, n'est-il pas logique d'accorder toute créance à ces certificats, et d'en faire bénéficier le conscrit, puisque l'amélioration de sa santé est telle, que les signes d'auscultation ne permettent plus de déceler la présence d'une affection dont les germes persistent néanmoins et qui peut se réveiller sous l'influence de la vie militaire?

2° Peut-on admettre, contrairement aux instructions en vigueur, qu'un jeune homme qui a présenté des signes manifestes de tuberculose plusieurs années avant le tirage au sort, soit dans les conditions d'être soumis aux dangers de la vie en commun, alors même qu'au moment du Conseil de revision, il ne présenterait plus aucune trace de l'affection antérieure?

A une demande aussi nettement formulée, le général répondit en prescrivant de présenter le jeune homme au commandant de recrutement pour le faire visiter de nouveau. J'accompagnai moi-même mon client afin de faire valoir auprès de mon confrère, toutes les raisons qui semblaient militer en faveur de ma manière de voir. Mon confrère voulut bien partager mon avis, et il fut décidé que le malade serait présenté devant la Commission de réforme du département de la Seine. Les médecins militaires chargés de prononcer en dernier ressort, éclairés par le rapport que j'avais adressé à l'autorité supérieure, jugèrent après délibération, qu'il y avait lieu de se ranger à mes conclusions, et la réforme fut prononcée.

Tous mes lecteurs penseront avec moi qu'il n'était pas admissible, même en tenant compte de l'état de santé très apparente de ce jeune homme, qu'on pût lui faire courir les risques d'une nouvelle contamination dans le milieu militaire. Il était de mon devoir — et ce devoir doit être le même pour nous tous — de faire triompher par les moyens légaux, cette manière de voir, dont pouvait dépendre l'existence de mon client.

J'ai tenu à faire connaitre cet exemple pour montrer qu'avec de la persévérance, du jugement et surtout de la netteté dans l'argumentation, nous sommes à peu près certains, quoi qu'en pense M. l'Inspecteur général, de rencontrer auprès de nos confrères militaires, dont le savoir, la conscience et la bonne confraternité ne peuvent jamais être mis en doute, un accueil équitable à nos justes revendications. A. DEMMLER.

Assistance et traitement médico-pédagogique des enfants anormaux

M. Bruce, membre du *Metropolitan Asylum Board* de Londres qui fait partie d'une Commission spécialement chargée de l'hospitalisation, de l'instruction, de l'éducation et du traitement des enfants anormaux, soit dans les asiles, soit dans les classes spéciales, nous a demandé quel était, suivant nous, l'âge auquel il convenait de s'occuper de ces enfants et, en particulier, des enfants arriérés.

Nous lui avons répondu qu'on devait le faire le plus tôt possible, dès qu'on avait constaté les signes de l'idiotie ou de l'arriération intellectuelle ; qu'à Bicêtre les enfants étaient reçus à l'âge de deux ans et que, dans maintes circonstances, il y aurait intérêt à les recevoir plus tot. Plus tot on commence le traitement médico-pédagogique, plus il y a, en général, de chances d'amélioration : on ne dirige bien un arbuste ou un arbre, on ne dresse bien un cheval que quand ils sont jeunes. Il en est de meme pour les enfants anormaux. Beaucoup de médecins ne se rendent pas compte de l'importance de ce principe : lorsqu'ils sont consultés pour un enfant anormal, trop souvent ne sachant que faire, ils disent aux familles : « Attendons, à *sept ans* il surviendra une amélioration. » Les sept ans arrivent et l'amélioration ne vient pas. Rien d'étonnant puisqu'on n'a rien fait dans ce but. Aux observations des familles, le médecin répond : « Soyons patients, il est probable qu'à *douze ans* nous aurons des modifications avantageuses. » Naturellement, comme aucun traitement n'a été institué, à 12 ans, l'état est le même. On serait porté à croire que leurs sept ans et leurs douze ans répondent à l'age de raison et à la première communion des enfants, et que leurs réponses sont inspirées des pratiques religieuses. Ces deux ages, en effet, ne correspondent que d'une façon relative à la dentition et à la puberté.

Ce n'est pas seulement pour les enfants idiots qu'on doit intervenir de bonne heure, mais aussi pour tous les enfants anormaux. En ce qui concerne les aveugles, voici comment s'exprime Dulau : « C'est lorsqu'il est enfant que l'aveugle doit surtout fixer l'attention de l'observateur. Que dis-je? c'est au berceau même qu'il faudrait le prendre pour suivre pas à pas cette pauvre petite créature humaine, au travers de ses premières sensations, épier ses premiers jugements sur les objets qu'elle touche sans les voir, tandis que nous les voyons sans les toucher, reconnaitre enfin comment se forme son intelligence, privée qu'elle est de cette source d'idées que nous possédons dans le sens de la vue (1). »

Aussi, nous appuyant sur ces considérations et sur une pratique déjà ancienne, puisqu'elle date de 20 ans, tant à Bicêtre qu'à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine, n'hésitons-nous pas à conseiller le placement des enfants arriérés aussitôt que possible, convaincu que le traitement médico-pédagogique sera à la fois plus facile et plus fructueux. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 *mars* 1899. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. RÉMY a observé deux cas de *sutures du nerf médian* avec retour de la sensibilité et de la motilité, mais avec une trace de perversion dans la sensibilité. Les perceptions sensitives étaient attribuées à un autre doigt innervé par le médian que celui touché.

M. CHIPAULT rapporte quatre faits de *sympathicectomie* pour le traitement de l'épilepsie, avec des résultats favorables. Il montre : 1° que les résultats ne sauraient être attribués au traitement hygiénique et bromuré, celui-ci ayant été appliqué plusieurs fois sans résultat chez ces malades; 2° que l'effet de la sympathicectomie n'est pas immédiat et ne peut être attribué au traumatisme opératoire. Si le résultat est inconstant, c'est que sans doute l'opération ne répond qu'à une variété d'épilepsie que l'on ne peut encore définir mais dans certains cas, 1 sur 4 pour l'auteur, les résultats sont appréciables et sans danger.

M. DÉJERINE dit que la suspension de 7 mois de crises, le cas le plus long de M. Chipault, n'est pas probante; pour lui l'opération n'est pas bonne, et parce qu'elle est sans action sur l'épilepsie, et parce que le ganglion cervical supérieur a un rôle trophique incontestable et que son ablation doit rejaillir sur l'organisme.

(1) Dulau (P.-A.). — *Des Aveugles*, etc. Paris, 1860, p. XVIII.

MM. Toulouse et Marchand présentent deux cas où une maladie infectieuse a suspendu les accès d'épilepsie.

MM. Toulouse et Marchand indiquent que chez les prédisposées, une opération sur les ovaires ou le crâne peut provoquer l'épilepsie; pour la première opération, en créant une ménopause précoce; pour la deuxième. par une action plus ou moins immédiate sur la zone motrice du cerveau.

MM. Charrin et Viala décrivent le *bacille de la gelivure de la vigne*, bacille très court, ovalaire, polymorphe, se développant à 25° et déterminant, par inoculation, le noircissement et le desséchement des rameaux; il se forme des fissures, une sorte de chancre, parfois des cicatrices entraînant la mort de la vigne en 5 ou 6 ans.

M. Quinton continue ses recherches sur le *milieu marin organique*. L'anatomie comparée démontre que tout organisme descend de formes précédemment marines, par conséquent de cellules primordiales vivant en contact avec l'eau de mer; les premiers organismes (éponges, coraux, échinodermes) ont pour unique milieu intérieur l'eau de mer circulant entre les pores, et apportant à chaque cellule l oxygène et les matériaux nutritifs. Chez l'échinoderme, le sac se ferme, et le milieu intérieur marin devient englobé; or, le milieu intérieur des animaux supérieurs présente la composition minérale de l'eau de mer. Le globule blanc, qui ne vit pas ailleurs, vit dans l'eau de mer, et cela à travers la série, de l'éponge au vertébré. Il en résulte donc que les organismes, en s'élevant et en se différenciant, sont restés les colonies de cellules marines qu'ils étaient au début. Un organisme est une masse d'eau de mer où vivent, dans des conditions aquatiques, les cellules qui le constituent. Pratiquement, dans les injections de sérum, l'isotonie des injections doit être réglée non sur la concentration du sérum total, mais sur celle de la moitié uniquement minérale du sérum.

M. Carrière (de Lille) a constaté que la *toxine tétanique* introduite dans le tube digestif ne tue pas les animaux, même à dose dix mille fois mortelle; elle ne les immunise pas et ne confère à leur sérum aucune propriété antitoxique, mais les différents sucs de l'économie la modifient partiellement.

MM. Auche et Chavannaz (de Bordeaux) exposent leurs recherches sur les *infections péritonéales bénignes d'origine opératoire*. Dans 85 0/0 des cas, le péritoine est infecté du fait du chirurgien; le nombre des microbes introduits est peu nombreux, puisque l'ensemencement du liquide péritonéal est souvent stérile; l'infection ne donne parfois pas de traces, et la virulence des germes isolés a été très faible. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mars 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Grossesse extra-utérine.

MM. Pinard et Segond présentent une malade opérée au huitième mois et demi d'une grossesse extra-utérine avec un succès complet. C'est la deuxième observation de ce genre que M. Pinard présente à l'Académie. Dans les deux cas, la grossesse a pu être conduite à terme, grâce à une bonne hygiène. Ces faits prouvent que les enfants nés dans ces conditions peuvent, aussi bien que les autres, arriver à un complet développement.

De l'abaissement de température chez les enfants débiles.

M. Budin montre la facilité du refroidissement chez les nouveau-nés et surtout chez les nouveau-nés débiles. Il n'est pas rare de voir la température rectale tomber à 32°. Ce refroidissement est très grave, surtout chez les enfants de poids peu élevé. L Assistance publique, depuis quelques années, fait voyager dans des trains rapides les nourrices qui emportent ces enfants; elles sont en outre placées dans des wagons de 2e classe, bien chauffés. Les mêmes précautions doivent être exigées pour les autres nourrices. L'hiver, les enfants déposés dans les tours, ceux qu'on conduisait autrefois à la mairie, ceux qu'on transportait dans des églises froides couraient grand risque de succomber. On ne saurait donc prendre trop de précautions pour éviter le refroidissement des nouveau-nés et surtout des débiles.

M. Lucas-Championnière croit aussi que le refroidissement est une cause fréquente de mort chez les enfants débiles, et qu'on a tué beaucoup d'enfants en les baignant systématiquement et sans précautions.

L'appendicite.

M. Dieulafoy répondant à M. Tillaux maintient énergiquement sa conclusion : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. » M. Championnière insiste sur les difficultés du diagnostic. Il signale les pseudo-appendicites dues à la colite et justiciables des purgatifs. Mais le diagnostic fait et certain, l'intervention s'impose le plus tôt possible.

Anévrisme de la sous-clavière.

M. Gérard-Marchand présente un malade atteint d'un anévrisme de la sous-clavière, traité inutilement par les injections de sérum gélatiné et complètement guéri par l'opération (ligature de l'axillaire et de la carotide primitive.)

Election.

M. Filhol est élu associé libre par 48 voix contre 24 à M. Galippe, 4 à M. Galezowski, 2 à M. Commenge et 1 à M. Corlier. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mars 1899. — Présidence de M. Raymond.

Entorse sacro-iliaque.

M. Galliard a soigné un malade qui après un effort ressentit une douleur très vive au niveau de l'articulation sacro-iliaque du côté gauche; il constata en outre à la partie supérieure de la fesse une ecchymose. D'abord on attribua les douleurs à un lumbago, mais il s'agissait en réalité d'une entorse sacro-iliaque. Après un repos prolongé le malade souffrit encore longtemps de douleurs sciatiques dues à l'irritation de ces nerfs et à leur élongation. Il n'y eut pas de troubles de la défécation ni de la miction.

M. Raymond croit que les douleurs persistantes tiennent à une névrite du petit sciatique.

Congestion pulmonaire massive, splénopneumonie.

M. Caussade a soigné un malade présentant une dyspnée intense, et à droite un point de côté violent, de la matité, de la disparition des vibrations thoraciques, du souffle doux, en un mot tous les signes d'une pleurésie avec épanchement. Après quelques jours, se manifestèrent des signes de congestion. Ces symptômes s'amendèrent, puis survinrent des troubles congestifs du côté gauche qui durèrent très longtemps. L'examen bactériologique permit de constater la présence à l'état de pureté du pneumocoque de Frænkel.

Ulcères de l'estomac.

M. Florand a fait l'autopsie d'un homme de 40 ans, mort brusquement dans son service. Ce malade se plaignait des douleurs du côté gauche avec irradiations sternales, il n'accusait aucun trouble de l'estomac et n'avait eu ni vomissements, ni hematémèse. Cependant il mourut avec les signes d'une hémorragie interne et à l'autopsie on trouva l'estomac rempli de sang et un ulcère rond au niveau de la petite courbure.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Traitement de l'appendicite

M. Picqué a observé trois cas de pseudo-appendicites nerveuses, survenus chez des hystériques, pour lesquels le diag-

nostic a été fort difficile. L'hystérie peut en effet simuler l'appendicite; d'autre part, l'appendicite survenant chez un sujet atteint d'hystérie, peut revêtir un aspect spécial du fait de cette névrose.

M. Bazy fut appelé un jour à Plombières, auprès d'une jeune mariée qui accusait une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Il diagnostiqua une névralgie pelvienne chez une hystérique et se refusa à opérer, malgré les sollicitations des médecins qui pensaient à une appendicite.

M. Quénu n'admettra jamais le système de l'intervention absolue dans tous les cas, parce que le diagnostic des formes légères d'appendicite est souvent impossible à faire dès le début et qu'en intervenant dans ces conditions on s'expose à enlever bien des appendices sains.

M. Tuffier reconnaît que les interventionnistes de la première heure ont à compter avec les erreurs possibles et, comme exemple d'erreur personnelle, il cite le cas d'un jeune homme, présentant un état général grave, 41°, avec douleur dans la fosse iliaque, pour lequel on avait diagnostiqué une appendicite hypertoxique. Il l'opéra et trouva un appendice très long, présentant un rétrécissement, vestige d'un inflammation ancienne, mais sans appendicite actuelle. L'état général continuant à s'aggraver, on pensa qu'il pouvait s'agir d'une affection médicale et, en effet, l'épreuve du séro-diagnostic démontra la fièvre typhoïde.

M. Hartmann répond au reproche qui leur est fait d'opérer sans diagnostic ferme. Ils n'opèrent, au contraire, que sur la constatation de signes bien nets, douleur localisée, défense musculaire, état du pouls. Les erreurs sont néanmoins possibles; la pseudo-appendicite en particulier peut être fort difficile à démasquer.

M. Peyrot se déclare partisan résolu de l'intervention précoce. Il base sa conviction sur l'énorme mortalité de l'appendicite, abandonnée à elle-même. Il pense qu'on préviendrait le plus souvent la péritonite généralisée, si meurtrière, en intervenant dès le début. Il importe donc de convaincre les médecins que l'appendicite est une affection toujours chirurgicale, qu'on ne doit pas s'attarder à traiter par des moyens médicaux. C'est à nous chirurgiens de montrer aux médecins la voie à suivre. Dussions-nous exagérer dans le sens de l'intervention hâtive, cela aurait moins d'inconvénients que la temporisation. En résumé, l'appendicite doit toujours être traitée chirurgicalement; la résection de l'appendice est le traitement idéal ; cette résection doit être hâtive.

MM. Quénu et Tuffier discutent la question de savoir laquelle, de l'opération à chaud ou de l'opération à froid, présente le plus de difficultés.

M. Walther fait observer que l'opportunisme consiste à intervenir au moment opportun, c'est-à-dire dès le début, s'il y a lieu. Pour sa part, il lui est arrivé d'opérer une malade quatre heures après le début des accidents. Il est difficile aux interventionnistes les plus pressés d'opérer plutôt.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Ricard a eu l'occasion de traiter trois petites filles par la méthode de Lorenz. Dans un seul des cas, la tête a pu être réduite et maintenue en place par l'appareil contentif de Lorenz.

Traitement du tétanos.

M. Quénu lit un rapport sur six cas de tétanos traités par injections antitétaniques. Il ressort de cette étude que le résultat de ce traitement est très discutable.

M. Berger constate qu'en présence des insuccès répétés donnés par les injections intra-cérébrales du sérum antitétanique, on tend aujourd'hui à revenir au traitement local. Il estime pour sa part que l'amputation est encore le meilleur moyen de traitement. On peut y associer la sérothérapie, mais il faut peu compter sur elle.

M. Lucas-Championnière se montre très sceptique vis-à-vis dn traitement du tétanos. Il a vu mourir des malades qui avaient été amputés; d'autre part, il a vu guérir des malades spontanément; il est possible que si on avait amputé ces derniers, on eût attribué leur guérison à l'amputation.

MM. Chaput et Ricard ont eu recours aux injections intra-cérébrales de sérum. Il résulte de leurs conversations avec M. Borrel, que la sérothérapie n'a des chances de réussir que dans un nombre de cas très restreint. Elle échouera le plus souvent dans les formes où le tétanos s'empare de la zone faciale ou de la zone splanchnique, car alors le bulbe est atteint.

Présentations.

M. Quénu présente un malade qu'il a traité pour une fracture de jambe, en lui plaçant la jambe à angle droit dans un appareil plâtré. Il avait observé que la réduction se faisait dans cette position.

M. Lucas-Championnière fait observer que c'est là le principe du plan incliné.

M. Legueu montre une malade atteinte d'*actinomycose cervico-faciale*.

M. Schwartz présente une femme qu'il a opérée d'un anus contre nature, consécutif à une hernie étranglée, par un procédé d'entéro-anastomose spécial. P. Rellay.

REVUE DE CHIRURGIE

XV. — Chirurgie du cancer du rectum; par Charles Ryall. (*Treatment*, septembre 1898.)

XV. — Le traitement du cancer du rectum était, il y a quelques années, purement palliatif; l'anus contre nature était la seule ressource du chirurgien. On tentait, il est vrai, l'excision du cancer par la voie périnéale, mais cette opération ne pouvait atteindre que les cancers à siège inférieur. Mais cette voie a l'inconvénient de donner lieu à une perte de sang abondante et ne donne pas assez de jour pour voir ce que l'on fait; on peut blesser le péritoine, la vessie ou la prostate; enfin on a toujours à craindre un rétrécissement cicatriciel du rectum. Aussi Kraske, en utilisant la voie sacrée, a-t-il réalisé un énorme progrès dans la chirurgie rectale. Par cette voie on a l'intestin sous les yeux, on peut extirper un cancer haut situé et même les ganglions, sans perdre trop de sang; on peut examiner le bassin, enlever au besoin l'utérus, s'il est malade; enfin la toilette du péritoine se fait facilement. Les chirurgiens ont si bien reconnu les avantages de la voie sacrée, que plusieurs d'entre eux recourent à l'incision médiane pour tous les cancers du rectum, réséquant le sacrum quand le cancer est élevé. L'auteur décrit ensuite d'une façon claire et précise la technique opératoire. Il juge inutile la colotomie préliminaire, proposée par certains auteurs : outre qu'il est toujours pénible de faire subir deux opérations au patient, il est facile, par une rigoureuse propreté, d'éviter l'infection pendant l'opération. Avant l'opération, on aura soin de faire le lavage du rectum. L'auteur recommande, après avoir libéré le sacrum de ses insertions musculaires et ligamenteuses, d'isoler au moyen d'une rugine les vaisseaux, artère sacrée moyenne et plexus veineux, sur la face antérieure du sacrum. Sans cette précaution, on peut être gêné par une hémorragie abondante. La résection doit porter au-dessous du troisième trou sacré. Cette résection permet l'exploration du rectum. Si le cancer est élevé, il faut inciser le péritoine pour pouvoir abaisser la portion malade. Suivant la longueur d'intestin qui a été excisée, on fait un anus sacré ou on l'abouche à l'anus, ce qui est toujours préférable, mais plus difficile. Il faut surtout éviter de tirailler le rectum, ce qui pourrait nuire à sa nutrition. L'hémorragie et le shock sont les principaux dangers qu'offre cette opération. Parmi les dangers post-opératoires, le plus sérieux est l'infection de la plaie, qui au lieu de se réunir par première intention met des mois à se cicatriser. Pour diminuer les chances d'infection, il faut affronter soigneusement les surfaces cruentées, surtout dans les parties profondes de la plaie, et recourir à une antisepsie minutieuse dans le pansement.

P. Rellay.

XVI. — Sur le traitement de l'hydrocèle; par A. Malherbe (de Nantes).

XVI. — Dans les cas d'hydrocèle compliquée, ou douteuse, ou très ancienne, l'auteur fait la cure radicale par résection de toute la tunique vaginale; ce procédé de cure radicale n'a

que l'inconvénient de nécessiter un assez grand nombre de ligatures. Pour les cas simples, il préfère une injection modificatrice et, depuis une dizaine d'années, il s'est arrêté au procédé suivant : après le nettoyage du scrotum, il vide la tunique vaginale avec un trocart de 3 millimètres de diamètre environ. Il injecte ensuite 5 centimètres cubes de cocaïne à 2/100; après cinq minutes, il évacue la cocaïne et injecte 5 centimètres cubes de teinture d'iode pure. Cette quantité de liquide, alors même qu'il n'en ressortirait pas une goutte, ne cause aucun accident. Le malade commence à souffrir de quinze à trente minutes après l'opération. La douleur dure chez quelques sujets pendant plusieurs heures. En général, elle ne dépasse pas vingt à trente minutes. Le malade peut se lever après cinq ou six jours et travailler de huit à quinze jour après l'intervention.

XVII. — Exstrophie de la vessie (analyse des communications de MM. Pousson, Estor et Forgue).

XVII. — M. Pousson, l'année dernière, à propos d'un cas d'atrophie vésicale opéré par M. Duret, avait fait part d'une modification au procédé de MM. Segond et Poncet pour reconstituer la vessie à l'aide de la méthode autoplastique. Cette modification alors toute théorique a été mise en pratique par lui depuis lors avec un résultat d'ailleurs imparfait, mais l'observation n'en est que plus importante à connaître. Au lieu de disséquer extra-péritonéalement la demi-circonférence supérieure de la surface estrophiée à la façon de MM. Segond et Poncet, ce qui donne un lambeau mince de nutrition très précaire, très disposé au sphacèle, M. Pousson a pénétré résolument dans la cavité péritonéale et rabattu sur le bas-fond et la gouttière pénienne un lambeau épais bien vivace; puis il a comblé la brèche abdominale en suturant d'abord le péritoine, puis les muscles droits venant facilement au contact et par dessus les téguments. L'opéré ayant été infecté dans les pansements consécutifs, le lambeau s'est décollé sur un de ses côtés et s'est sphacélé dans le tiers de son étendue transversale. A ce point de vue la modification proposée a échoué, mais la faute en est comme on a vu à l'infection post-opératoire. Ce fait n'infirme pas la valeur du mode de faire de M. Pousson, mais il ne sert à démontrer d'une façon péremptoire qu'une chose, à savoir que l'ouverture de la cavité abdominale ne présente aucun danger et peut être fermée sans difficulté et d'une façon complète.

M. Estor (de Montpellier) a rapporté un cas d'atrophie vésicale opéré par la méthode de Sonnenburg (extirpation de la muqueuse vésicale et abouchement des uretères à l'hypogastre chez la petite fille, dans la gouttière pénienne chez les enfants du sexe masculin). Il pense que cette méthode est supérieure à ses rivales, la reconstitution autoplastique et la suture marginale, parce qu'elle guérit radicalement l'éventration, supprime définitivement les inconvénients résultant de l'infection de la muqueuse, puisqu'elle supprime la muqueuse elle-même, qu'elle permet enfin aussi bien l'emploi d'un urinal. Il croit que la reconstitution approximative de la forme de la vessie présente plus d'inconvénients que d'avantages. Il a obtenu un très bon résultat chez une petite fille opérée par la méthode de Sonnenburg. L'urinal qui convient le mieux est celui de MM. Poncet et Custiller (de Lyon) ont inventé pour les prostatiques à méat hypogastrique.

M. Forgue (de Montpellier) a fait, depuis 1892, et antérieurement à la communication de Duret, sept interventions, sur cinq enfants, pour exstrophie de la vessie. Il s'est efforcé d'obtenir la reconstitution, en un seul temps, de la vessie et de l'urètre, par suture marginale des bords de l'hiatus vésical et autoplastie urétrale. Pour cela, les doigts d'un aide réduisant et maintenant réduite la hernie vésicale, une pince aiguë étant fixée sur la partie culminante de l'hiatus, pendant que deux pinces tendaient en bas le pénis et le jabot prépucial, il a disséqué, à une profondeur de deux centimètres environ, en suivant aux ciseaux sa surface séreuse, la vessie exstrophiée. Puis, il a prolongé cette dissection par deux incisions longitudinales tracées sur le pénis, à un demi-centimètre de chaque marge de la gouttière épispadienne. Ceci fait, et une sonde à demeure étant placée, contre la paroi vésicale et sur la ligne médiane du pénis, il a reconstitué, par un double plan, le conduit vésico-urétral : d'abord par un plan profond que constituaient les bords vésicaux retournés face cruente en haut et les deux lambeaux internes taillés sur le pénis; puis, par dessus, un plan superficiel formé, au niveau de la vessie, par les bords cutanés de l'hiatus amenés par dissection et glissement au niveau de l'urètre, par les lambeaux externes péniens, ce plan superficiel était opposé par sa face cruente à la face saignante renversée du plan profond. Malgré la sonde à demeure, malgré la plus stricte asepsie, l'insuccès a été à peu près la règle; et il a constamment assisté à la désunion presque totale, parfois survenue tard, du sixième au septième jour, de cette suture. Chez deux enfants, par une réopération ultérieure, il est arrivé à réduire notablement l'hiatus vésical, mais jamais il n'a obtenu ce résultat idéal, la réparation complète et stable de la brèche vésicale. Ce résultat idéal est, il le craint, impossible à atteindre, dans la grande majorité des cas. En effet, il ne s'agit point généralement dans l'exstrophie d'une simple fente, mais d'une perte de substance. Une vessie sans capacité, un col vésical sans sphincter, voilà les obstacles anatomiques auxquels se heurtent nos tentatives de restauration vésicale. Quelle que soit l'asepsie opératoire, si réglée que soit la technique de nos sutures, au catgut pour le plan profond, au crin ou à la soie pour le plan superficiel, on enfouit dans la profondeur une vessie infectée et nous sommes exposés, par ce fait, à l'échec de nos lignes de réunion. En réalité, on doit poursuivre plus simplement un double but : protéger et abriter l'orifice des uretères; capter et canaliser les urines vers un appareil récepteur. Une solution radicale semble s'imposer désormais : la suppression pure et simple de la vessie, infectée, incapable de reconquérir de la capacité et de la continence. La vessie exstrophiée peut être considérée comme un véritable sac herniaire, rebroussé au dehors par la poussée viscérale : et, comme telle, elle mérite l'excision. Il est bien résolu, devant nos échecs, à nous contenter désormais de supprimer la vessie, de la limiter à la région urétrale, de constituer, grâce à leur abouchement aussi réduit que possible à la partie basse de la paroi hypogastrique, soigneusement suturée, après excision vésicale, un véritable urètre hypogastrique, mieux supporté encore chez la fillette que le jeune garçon : sur ce point, il se range aux conclusions de Duplay.

XVIII. — Foie mobile simulant un rein mobile. Hépatopexie. Guérison; par Genouville (de Paris).

XVIII. — Il s'agit de deux femmes dont l'une, opérée par l'auteur, présentait une languette hépatique mobile, et l'autre, dont l'observation lui a été obligeamment donnée par M. le Dr Routier, un foie totalement abaissé.

La première présentait des symptômes absolument analogues à ceux du rein mobile, avec légère rétention rénale. La malade, à la suite d'une chute avait présenté, il y a deux ans, des symptômes d'hydronéphrose avec anurie et tout était rentré dans l'ordre à la suite d'une néphrorraphie. Il y a quelques mois, les symptômes de rétention avaient reparu, et la malade entrait à l'hôpital avec une tumeur qui présentait la forme du rein, le contact lombaire, le ballottement, en somme, tous les signes objectifs de [illegible] néphroptose. Les antécédents donnaient à penser que la mobilité avait reparu malgré la néphorraphie, et le cathétérisme de l'uretère sembla confirmer ce diagnostic en révélant une rétention rénale de [illegible] grammes. L'intervention [illegible] qu'il s'agissait d'une languette hépatique mobile, qui fut fixée par deux [illegible] de [illegible] quant à la rétention rénale, elle [illegible] par le cathétérisme de l'uretère. L'opération [illegible] fixe.

Dans le cas de M. Routier, [illegible] souffrait du flanc droit [illegible] une tumeur mal [illegible] rénal, mais ce[illegible] une zone [illegible] M. Routier, dans le doute, [illegible] par [illegible], trouva [illegible], le fixa et [illegible].

Ces deux observations sont intéressantes, d'abord comme [illegible] pratiquée. Elles traitent [illegible] entre les affections rénales et hépatiques, mais si entre une tumeur du rein et un foie mobile on peut hésiter entre un rein mobile et une lan-

guette hépatique il est bien difficile d'échapper à une erreur de diagnostic. Dans ce cas particulier tout conspirait à rendre cette erreur inévitable, en particulier les résultats du cathétérisme de l'uretère qui montrait une légère rétention rénale. En pareil cas, le phonendoscope seul pourrait éviter une erreur en montrant le rein en place.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique ophtalmologique professées à l'Hotel-Dieu par le Pr Panas. (Masson, éditeur, Paris, 1899.)

Ces leçons résument une partie de l'enseignement du Professeur à la Clinique de l'Hôtel-Dieu. Ses élèves seront heureux d'y trouver fixées d'une manière définitive certaines notions importantes concernant quelques points de la pathologie oculaire et des procédés opératoires, longuement mûris et contrôlés. Le livre est divisé en plusieurs chapitres groupés suivant les différents organes de l'œil. Nous signalerons les plus importants.

Paupières. Diagnostic différentiel du chalazion; erreurs auxquelles il prête. Gomme palpébrale, tuberculose du tarse. Epithélioma. Système des glandes lacrymales de Krause susceptibles d'adénopathie. Savoir préciser les lésions des diverses glandes de la paupière. — Ectropion cicatriciel. L'autoplastie à pedicule vivant constitue l'opération de choix par la beauté et la persistance du résultat; dans l'hétéroplastie la peau se résorbe. *Orbite.* La *tenonite* est un hygroma de la bourse rétro-oculaire. Panas lui donne le nom d'hydarthrose de l'œil, puisque la tenonite est l'inflammation de la bourse conjonctive destinée à faciliter les mouvements du globe dans sa loge tenonienne. Ce n'est pas la capsule de Tenon qui est enflammée, mais le tissu trabéculaire qui est au devant de la capsule. Cas de tenonite, d'orchite double et hydarthrose. La tenonite est un accident d'ordre rhumatismal, c'est l'arthrite de l'œil.

Dans le *strabisme* concomitant il s'agit non d'une lésion musculaire ou nerveuse, mais d'un déséquilibre fonctionnel. Il en découle un changement de front pour le traitement chirurgical : c'est l'intervention sur les deux yeux, dont l'auteur établit l'incontestable supériorité; le strabisme est toujours binoculaire.

Cornée. Dans l'hypopion, le stroma de cette membrane infiltrée de pus caséeux est incapable de se déverser dans la chambre antérieure. Il peut y avoir quantité de pus dans l'œil sans perforation, la membrane de Descemet résiste longtemps à la destruction. L'hypopion ne dérive pas toujours de la suppuration cornéenne. Chez tous les sujets prédisposés, un traumatisme de l'œil peut entraîner l'hypopion par endo-infection. Conclusion : l'hypopion consiste en une inflammation suppurative; traitement : incision à la partie inférieure du limbe de l'iris et des procès ciliaires, cautérisations ignées.

Pour concilier l'ensemble des faits cliniques, Panas émet l'idée que la *kératite d'Hutchinson* constitue, non une manifestation directe de la syphilis, mais une inflammation résultant du mauvais état du sujet, d'où le nom de cachectique qu'il avait donné à cette lésion. Cette kératite est une manifestation indirecte de la syphilis et reconnait d'autres causes d'infection : tuberculose, goutte, intoxication, alcoolisme, diabète. Pour Fournier, elle est dyscrasique et rentre dans les manifestations para-syphilitiques comme le tabes et la P. G. P. Traitement de Panas : injections huileuses intra-musculaires de biiodure d'Hg contenant chacune 4 milligrammes, résultats merveilleux pour cette affection comme pour bien d'autres affections dyscrasiques.

Corps vitré. Etude intéressante sur les hémorragies profuses du corps vitré. Elles s'expliquent, en l'absence d'artériosclérose, par toutes sortes d'infections : rhinite chronique, toxhémie gastro-intestinale. Il peut se former des thromboses puis dilatations vasculaires, altération des parois, extravasation par rupture. C'est dans le système capillaire veineux et dans la dyscrasie sanguine qu'il faut rechercher le point de départ des lésions.

Suivent d'autres chapitres intéressants sur l'héliophobie, les relations des fosses nasales, des sinus et des yeux, sur les différentes variétés des paralysies du moteur oculaire externe.

A signaler particulièrement la leçon sur la *kératectomie totale combinée, suivie de suture.* On trouvera dans l'ouvrage la description détaillée du procédé opératoire. Qu'il nous suffise de dire que la méthode a été appliquée avec succès dans 200 cas, quel que soit l'état de l'œil. Dans l'excision on ne dépasse pas les limites de la cornée. L'opération de Critchett entraîne des hémorragies, la perte du vitré, le rapetissement du moignon ; l'opération de Panas s'en distingue par la dialyse totale de l'iris, l'extraction du cristallin, mais on respecte les procès ciliaires, la choroïde, le vitré. C'est une opération antiglaucomateuse au premier chef. Le moignon est parfait et jouit d'une grande mobilité.

Telles sont résumées dans leurs grandes lignes, ces leçons écrites dans un style clair et concis où se reflète l'enseignement particulier du Maître; on y voit l'image vivante de la clinique, et dans chaque chapitre on trouve quelques aperçus personnels sur les questions générales, et des procédés chirurgicaux entièrement nouveaux qui sont tous justifiés par le contrôle d'une expérience étendue.

Ce livre s'adresse aux médecins, qui pourront y puiser de bons enseignements, aux spécialistes qui s'intéressent aux rapports des affections de l'œil avec la pathologie générale.

Kœnig.

VARIA

Prix de la Faculté de Médecine de Paris.

La Faculté de Médecine de Paris a décerné pour l'année 1897-98 les prix suivants :

Legs Tramond. — Ce legs, de la valeur de 1.000 fr., a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier (2.000 fr.). — 1° 300 fr. à M. Wilfing-Luer, pour sa seringue à injections hypodermiques; 2° 200 fr. à M. le docteur Mahu, pour son cornectitome nasal. L'excédent (1.500 fr.) a été attribué à la bibliothèque de la Faculté, conformément aux dispositions du legs.

Prix Chateauvillard (2 000 fr.) — 1° 1.200 fr. au Dr Zambaco Pacha, pour son ouvrage intitulé : « Les lépreux ambulants de Constantinople »; 2° 400 fr. au Dr Rinon : « L'aspergillose chez les animaux et chez l'homme »; 3° 400 fr. au Dr Le Double : « Variation du système musculaire de l'homme. »

Prix Jeunesse (Hygiène, 1.500 fr.). — 1° 500 fr. au Dr Ferré pour son Mémoire sur : « L'Hygiène d'une maternité »; 2° 400 fr. à MM. Bordas, Laroche et Rachowski pour leur ouvrage sur « l'Assainissement spontané des cours d'eau »; 3° 300 fr. au Dr Chastang pour son travail intitulé : « Nos pêcheurs d'Islande »; 4° 300 fr. au Dr Cury, pour son travail sur l' « Hygiène sociale de la grossesse chez les femmes de la classe ouvrière ». Mention honorable à MM. Burot et Legrand, pour leur publication sur « les Troupes coloniales ».

Prix Béhier (1.800 fr.). — Dr Pierre Teissier.

Prix Lacaze (fièvre typhoïde) (10.000 fr.). — Le Dr Widal, agrégé de la Faculté, pour sa méthode (le séro-diagnostic) permettant de faire à coup sûr le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Prix Saintour (3.000 fr.). — M. Castaigne, interne des hôpitaux.

Elle a accordé également les récompenses suivantes aux auteurs des thèses dont les noms suivent :

Médailles d'argent : MM. les Drs Carnot, Fournier, Funck, Jolly, Kuss, Labbé, Le Masson, Lorrain, Portier, Vanverts.

Médailles de bronze : MM. les Drs Bachimont, Barozzi, Bonnus, Bratiano, Bureau, d'Arbois de Jubainville, d'Avellar, Deyber, Guinard, Jacob, Josué, Lapointe, Mahu, Posth, Richaud, Robineau, Sersiron, Torrien, Vermorel et Weber.

Mentions honorables : Les Drs Anghelescu, Ballet, Baraduc, Brosset, Chabry, Ducroquet, Dufour, Duvernoy, Fouineau, Galca, Garin, Guedj, Guesserian, Ayenne, Lévi, Nass, Page, Pley, Rabé, Villière.

Cours et conférences de la Faculté de Médecine.

Cours complémentaire d'accouchements. — M. Bonnaire, agrégé (grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), les lundis, mercredis, vendredis, à 5 heures.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. Roger,

agrégé (petit Amphithéâtre de la Faculté), les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures.

Conférences d'anatomie. — M. Thiéry, agrégé (grand Amphithéâtre de la Faculté), les lundis, mercredis, vendredis, à 3 heures. Sujet des conférences : anatomie descriptive et médico-chirurgicale du cou, du thorax et du membre supérieur.

Cours de médecine opératoire. — M. le Pr Terrier (grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures. Programme du cours : Chirurgie de l'intestin.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. Méry, agrégé, les lundis, mercredis, vendredis, à 3 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Conférences de thérapeutique. — M. Vaquez, agrégé (grand Amphithéâtre de la Faculté), les lundis, mercredis, vendredis, à 6 heures. Programme des conférences : Des médications usuelles.

Conférences de pathologie externe. — M. Mauclaire, agrégé, (petit Amphitéâtre de la Faculté), les lundis, mercredis, vendredis, à 3 heures.

Cours d'hygiène. — M. le Pr Proust (grand Amphithéâtre de la Faculté), les mardis, jeudis, samedis, à 4 heures.

Conférences d'histologie. — M. Launois, agrégé, (grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), les mardis, jeudis, samedis, à 4 heures.

Cours de clinique des maladies des enfants. — M. le Pr Grancher, (hôpital des Enfants-Malades), les mercredis, samedis, à 4 heures. Les cours complémentaires continueront comme pour le semestre d'hiver.

Clinique d'accouchement Baudelocque. — M. le Dr Potocki, accoucheur des hôpitaux, et M. le Dr Paquy, chef de laboratoire (cours pratique d'accouchements, avec manœuvres opératoires). Ce cours sera complet en 6 semaines, et aura lieu tous les jours, à 4 h. 1/2, à la clinique Baudelocque. Le prix du cours est de 50 fr.

Conférences de chimie biologique. M. Degrez, agrégé (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Ménétrier, agrégé (petit Amphithéâtre de la Faculté), les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures.

Conférences de physiologie. — M. Langlois, agrégé (grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), les lundis, mercredis et vendredis, à 6 heures.

Cours de Médecine légale. — M. le Pr Brouardel (grand Amphithéâtre de la Faculté), les lundis et vendredis, à 4 heures.

Cours de pharmacologie et matière médicale. Conférences pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie. — M. le Pr Gabriel Pouchet (Amphithéâtre de pharmacologie), les jeudis, à 5 heures. Objet : Etude du droguier.

MM. les Etudiants seront exercés, individuellement et à tour de rôle, à la reconnaissance et à l'étude des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'art de formuler.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'Amphithéâtre des cliniques, les dimanches, à 10 heures 1/2 du matin. Objet du cours : Dermatoses diathésiques.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr Hutinel, (grand Amphithéâtre de la Faculté), les mardis, jeudis, samedis, à 3 heures.

Cours complémentaire de pathologie externe. — M. Walther, agrégé, (grand Amphithéâtre de la Faculté), les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures.

Conférence de physique médicale. — M. Broca (André), agregé (Amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté), les mardis, jeudi et samedis, à 3 heures. Sujet des conférences : Organes des sens (physique et physiologie).

Clinique des maladies nerveuses. Cours pratique et élémentaire de pathologie nerveuse. — Ce cours durera six semaines, et commencera le lundi 20 mars 1899. Comprenant 42 leçons, il aura lieu tous les jours, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Le nombre des élèves est limité à 30. Le droit à payer est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté de médecine, ainsi que les étudiants immatriculés. MM. Gasne, chef de clinique, et Philippe, chef de laboratoire, recevront les inscriptions tous les matins, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits du cours.

La cure par le rêve.

Le Dr J.-Léonard Corning a découvert une méthode de guérison pour les personnes atteintes de maladies neveuses et mentales : cette méthode consiste à procurer aux malades des rêves agréables. Voici comment procède le Dr Corning, dispensateur des songes heureux. Il emploie une sorte de chapeau en cuir souple qui enveloppe le crâne et les oreilles, laissant le visage seul à découvert. A la place des oreilles ont été ménagées deux oreillères métalliques, reliées par un tube en caoutchouc à un phonographe Edison. Le malade coiffe ce chapeau et s'étend sur un divan, de préférence sur le dos. Une sorte de tente l'abrite et le plonge dans une obscurité complète. Au pied du lit, un écran blanc est dressé, tandis qu'à la tête et en dehors de la tente est installé, sur un trépied, un « stéréopticien », appareil à projection dont l'objectif passe par une ouverture de la tente. Cette espèce de lanterne magique peut recevoir des vues chromatoscopiques très variées, dont les images nuancées sont projetées sur l'écran, mêlant leurs teintes et leurs sujets de façon à captiver le malade. Tandis que les sensations de la vue sont ainsi éveillées, une influence du même genre est exercée sur l'ouïe par les vibrations d'un phonographe. Sous ces impressions simultanées, le malade ne tarde pas à ressentir une fatigue qui produit bientôt l'assoupissement ; et c'est précisément dans cet état de demi-veille que se forment les songes heureux évoqués par la musique et les couleurs; bientôt, on s'endort du plus doux et du plus reposant sommeil... Mais, peut-être êtes-vous sceptique et pensez-vous que ce bizarre mode de traitement est bien capable d'amener au lieu du calme et du soulagement de tous les maux, une surexcitation nerveuse déplorable ou une migraine véhémente ! Vous auriez tort, et l'incorrigible légèreté de votre scepticisme vous induirait une fois de plus en erreur. M. Corning affirme que la preuve est faite. Il cite ses cas de guérison. Non seulement on dort, non seulement l'esprit se calme, mais le corps augmente de poids. Les rêves font engraisser. (*Débats.*)

Docteurs en médecine reçus par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1897-1898.

	1895-1896	1896-1897	1897-1898
Bordeaux.	107	105	121
Lille.	50	51	51
Lyon	138	144	167
Montpellier	82	75	96
Nancy.	32	29	28
Paris.	594	640	661
Toulouse.	56	62	56

Ainsi, dans la dernière année scolaire, les Facultés françaises de Médecine ont délivré 74 diplômes de plus qu'en 1896-1897. (*Lyon méd.*)

NÉCROLOGIE

M. le Pr Abel BOUCHARD (de Bordeaux).

M. Abel Bouchard, professeur d'anatomie à la Faculté de Bordeaux, était né à Ribeauvillé, en Alsace, le 12 décembre 1833. Il fit ses études médicales à Strasbourg, y fut interne des hôpitaux en 1854, docteur en médecine en 1856 avec une thèse remarquable sur les *Gaines tendineuses et synoviales du pied.* Fils d'un officier, il se fit médecin militaire, et devint, en 1865, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de Strasbourg, avec une thèse très appréciée sur le *Tissu conjonctif.* Ce fut alors qu'il publia les *Nouveaux Eléments d'Anatomie et d'Embryologie* dont les cinq éditions parues depuis 1868, et les traductions italienne, espagnole et portugaise, indiquent suffisamment la valeur et le succès. Durant la guerre de 1870, M. A. Bouchard fit vaillamment son devoir, et après cette triste période, il vint reprendre à Nancy ses fonctions d'agrégé, refusant la situation plus brillante que lui offrait la nouvelle Faculté allemande de Strasbourg.

Lors de la création de la Faculté de Bordeaux, en 1878, Bouchard y fut nommé professeur d'anatomie. Il fonda la Société d'Anthropologie bordelaise, organisa l'Institut anatomique de la Faculté au palais de Saint-Julien. Il donnait, en outre, une traduction française de la *Physiologie de Wundt*, poursuivait des recherches originales sur les *Modifications de la circulation qui suivent immédiatement la naissance.* Bouchard s'était passionné pour les études de tératologie et d'anthropologie criminelle.

Membre correspondant de l'Académie de Médecine et de nombreux corps savants français et étrangers, officier de l'Instruction publique, de la Légion d'honneur, de l'Ordre de Charles III d'Espagne, Bouchard avait reçu la croix de commandeur de la Rose du Brésil des mains mêmes de l'empereur dom Pedro, qui savait apprécier les savants à leur juste valeur.

Le Pr Bouchard laissera à Bordeaux des regrets unanimes et sa perte sera vivement ressentie à la Faculté de cette ville

à la prospérité de laquelle il contribua pour beaucoup depuis vingt ans. J. N.

Les obsèques du Pr A. Bouchard ont eu lieu le samedi, 4 mars. MM. de Nabias, doyen de la Faculté, Princeteau, agrégé d'anatomie, et le président de l'Association des étudiants ont pris successivement la parole au cimetière de la Chartreuse où a eu lieu l'inhumation.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 26 fév. au samedi 4 mars 1899, les naissances ont été au nombre de 1.226, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 447, illégitimes, 168. Total, 615. — *Sexe féminin* : légitimes, 436, illégitimes, 175. Total, 611.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 26 fév. au samedi 4 mars 1899, les décès ont été au nombre de 1.051, savoir : 537 hommes et 514 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3. T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 7. T. 13. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 5, F. 13, T. 18. — Diphtérie. Croup : M. 4. F. 8, T. 12. — Grippe : M. 3, F. 1, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 145, F. 76, T. 221. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 8, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 10, T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 39, T. 55. — Méningite simple : M. 7, F. 18, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 30, F. 23, T. 53. — Paralysie, M. 3, F. 4, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 4, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 32, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 7, F 10, T. 17. — Bronchite chronique : M. 16, F. 19, T. 35. — Broncho-pneumonie : M. 26, F. 24, T. 50. — Pneumonie : M. 25, F. 30, T. 55. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 29, T. 57. — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 7, T. 19. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 4, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 19, F. 10, T. 29. — Sénilité : M. 11, F. 30, T. 41. — Suicides : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres morts violentes : M. 4, F. 10, T. 14. — Autres causes de mort : M. 72. F. 73, T. 145. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 1, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27, illégitimes, 19. Total : 46. — *Sexe feminin* : légitimes, 32, illégitimes, 13. Total : 45.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination à une place d'accoucheur.* — Ce concours sera ouvert le lundi 29 mai 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 1er mai au samedi 13 du même mois inclusivement.

Concours de chirurgiens. — Le jury du concours pour deux places de chirurgiens des hôpitaux est définitivement composé de MM. Picqué, Ricard, Blum, Bazy, Polaillon, Lejars et Aud'houi.

Concours de médecins. — Un concours public pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 24 avril 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 27 mars et sera clos définitivement le samedi 8 avril suivant, à 3 heures.

Amphithéatre d'anatomie des Hôpitaux. — *Cours de la saison d'été.* — 1° *Cours de médecine opératoire* sous la direction de M. le Dr Quenu, directeur des travaux scientifiques. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le vendredi 14 avril 1899. — 2° *Conférences d'histologie.* Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues a partir du jour de la publication de la présente affiche.

Ecole de Médecine d'Amiens — M. Dheilly, professeur de physiologie, est admis, sur sa demande et pour cause d'infirmités résultant de l'exercice de ses fonctions, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. Dheilly est nommé professeur honoraire.

Collège royal de Médecins de Londres. — *Prix et Médailles Weber-Parkes* (Prix de 150 guinées et 2 médailles d'argent). — La prochaine récompense sera donnée en 1900, et les juges ont choisi, comme sujet de la composition, en cette occasion : « De l'étiologie de la tuberculose humaine et de l'assistance que la connaissance de l'étiologie peut rendre à la prophylaxie. » Les compositions doivent être basées sur des œuvres et observations originales (expérimentales ou autres), et doivent renfermer une exposition détaillée des méthodes employées et de leur mode d'application. Les compositions aussi bien que les préparations faites comme éclaircissement, doivent être soumises au greffier du Collège durant la dernière semaine de mai 1900, d'après le règlement exposé, dont copies seront envoyées du Collège, sur demande faite. La récompense sera donnée avant le 18 octobre de ladite année. — Edward-Liveing MD Registrar, Pall Mall East, Londres S. W.

Nécrologie — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Cauvet (de Draguignan), médecin principal de la marine, décédé au Tonkin. — M. le Pr Maschka (de Prague). — M. le Pr Th. Cooke (de Londres). — M. W. Kutherford (d'Edimbourg). — M. le Dr P. Bernard, professeur de zoologie à l'Université catholique de Lille. — M. le Dr Barbaroux, ancien conseiller général de Colmar. — M le Dr Dugat-Establier (de Marseille). — M. le Dr Lalange (d'Ajaccio). — M. le Dr Samet (de Blois). — M. Roubion, interne des hôpitaux de Lyon.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Andral. — MM. Albert Mathieu, médecin des hôpitaux et Maurice Soupault, ancien interne des hôpitaux, commenceront le vendredi 17 mars 1899, à 10 heures, à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, une série de conférences cliniques sur les *maladies de l'appareil digestif*.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Jules Voisin. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi à 10 heures du matin.

Asile de Villejuif. — *Clinique psychiatrique.* — Service de M. Toulouse. Le vendredi à 9 h. 1/2, visite dans les salles. Conférences cliniques au lit des malades. (Tramway : Châtelet-Villejuif ; trajet : 1 heure.)

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE CHIRURGICALE : Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1898, par le Pr Terrier. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*), par L. Fiaux. — BULLETIN : La création d'une Ecole dentaire à Lyon, par J. Noir. — Les dangers de l'huile phosphorée, par J. Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie* : Action du pancréas sur les toxines ; — Malaria des centres nerveux, par Mme Edwards-Pilliet ; — *Académie de Médecine* : Ostéomalacie masculine ; — L'appendicite, par A.-F. Plicque. — *Société d'Ophtalmologie de Paris* : Sarcome de la choroïde ; — Sur une forme particulière d'infection cornéenne à type serpigineux, par Kœnig. — *Société de médecine légale*, par G. Carrier. — REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX : Essai sur la cure préventive de l'hystérie féminine par l'éducation, par Mlle Déga ; — Etudes cliniques du béribéri, par Grimm ; — Symptômes objectifs des névroses traumatiques, par Rosenthal ; — Des affections post-traumatiques, par Sænger (Analyse par Mirallié). — CORRESPONDANCE : Samuel Fuchs, auteur de la « Metoposcopia et Ophtalmoscopia », par Stieda. — VARIA : Cours et conférences de la Faculté de Paris : — NÉCROLOGIE : M. Max Durand-Fardel ; M. Gilbert (du Havre), par J. Noir. — FORMULES : Pour frictions révulsives et stimulantes ; — Entérocolite muco-membraneuse. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'Hôpital Bichat (*Service des consultations et service hospitalier*) pendant l'année 1898.

Par Félix TERRIER,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat, Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

2e SÉRIE : IX : 1898.

A. CONSULTATIONS.

1° *Consultation chirurgicale externe.* — Le service des consultations de chirurgie de l'Hôpital Bichat a été encore fait cette année par mon ancien interne, le Dr Maurice Péraire, assisté de MM. Curie et Blotin, externes, et d'un certain nombre d'élèves bénévoles.

Le nombre des malades examinés chaque jour a augmenté ; le tableau suivant en fait foi :

Janvier	816
Février	954
Mars	570
Avril	905
Mai	716
Juin	989
Juillet	1096
Août	1316
Septembre	893
Octobre	943
Novembre	1018
Décembre	853
Soit	11.069 consultants.

Voici la liste des opérations faites par M. le Dr Péraire, et qui sont au nombre de 941.

1° *Opérations pratiquées sur la tête et la face.* (168 opérations.)

Kystes sébacés suppurés de la face. Incision. Curettage. Drainage	3	opér.	3	guérisons.
Kystes sébacés non suppurés de la face. Ablation. Sutures. Drainage	14	—	14	—
Papillomes de la face. Ablation. Sutures	9	—	9	—
Plaies du cuir chevelu. Sutures. Drainage	5	—	5	—
Abcès froids du cuir chevelu. Incision. Curettage. Drainage	5	—	5	—
Loupes du cuir chevelu. Ablation. Sutures. Drainage	21	—	21	—
Hématome suppuré du cuir chevelu. Incision. Curettage. Drainage	1	—	1	—
Hématome suppuré de la joue. Incision. Curettage. Drainage	1	opér.	1	guérison.
Corps étranger de la joue. Recherche infructueuse. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Lupus de la joue. Ablation. Sutures. Autoplastie	2	—	2	—
Furoncle de la joue. Excision. Curettage	1	—	1	—
Abcès furonculeux de la joue. Incision. Curettage. Drainage	1	—	1	—
Anthrax de la joue. Excision	1	—	1	—
Plaie de la région frontale. Avivement. Sutures	6	—	6	—
Abcès furonculeux du front. Incision. Curettage. Drainage	3	—	3	—
Kyste dermoïde de la queue du sourcil. Ablation. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Plaie du sourcil. Sutures	2	—	2	—
Papillomes du sourcil. Ablation. Sutures	1	—	1	—
Abcès de la paupière supérieure. Incision. Drainage	3	—	3	—
Furoncle de la paupière supérieure. Incision. Curettage. Drainage	1	—	1	—
Plaie de la paupière supérieure. Sutures. Drainage	2	—	2	—
Plaie de la paupière inférieure. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Corps étranger de la cornée. Ablation	10	—	10	—
Balle dans le cerveau. Ablation après trépanation de la région temporo-pariétale. Sutures. Drainage (1)	1	—	1	—
Furoncle anthracoïde de la racine du nez. Incision. Curettage. Drainage	1	—	1	—
Abcès lymphangitique du dos du nez. Incision. Curettage. Drainage	1	—	1	—
Epistaxis. Tamponnement antérieur et postérieur des fosses nasales	5	—	5	—
Sinusite. Incision. Curettage. Drainage. Avulsion des dents	2	—	2	—
Furoncle de la lèvre inférieure. Excision. Curettage. Drainage	1	—	1	—
Plaie de la lèvre supérieure. Sutures	2		2	—
Papillome de la lèvre supérieure. Ablation. Sutures	1	—	1	—
Plaie de la lèvre inférieure. Sutures	1	—	1	—
Epithélioma de la lèvre inférieure. Ablation. Sutures	1	—	1	—
Filet. Opération	11	—	11	—
Kyste de la muqueuse labiale inférieure. Ablation. Sutures	1	—	1	—
Papillome de la pointe de la langue. Ablation. Sutures	2	—	2	—

(1) Le malade n'avait pas voulu entrer dans les salles de chirurgie. C'est donc sur sa demande formelle que nous avons dû pratiquer la trépanation à la consultation.

Grenouillette sub-linguale. Excision. Thermocautérisation. Drainage.	3 opér.	3 guérisons.
Papillome de la muqueuse buccale (face interne de la joue). Ablation. Thermocautérisation	1 —	1 —
Fistule parotidienne. Cure radicale. Insuccès opératoire. Encore en traitement. .	1 —	1 état stat.
Hypertrophie de la luette. Amputation au thermo-cautère	1 —	1 guérison.
Hypertrophie bilatérale des amygdales. Ablation	1 —	1 —
Hypertrophie unilatérale. Ablation . . .	1 —	1 —
Phlegmon de l'amygdale. Incision. . . .	1 —	1 —
Corps étranger de l'isthme du gosier. Ablation	1 —	1 —
Adénite génienne non suppurée. Ablation. Sutures. Drainage	2 —	2 —
Ganglions géniens suppurés. Incision. Curettage. Drainage.	6 —	6 —
Abcès du lobule de l'oreille. Incision. Curettage. Drainage.	3 —	3 —
Plaie de l'oreille. Sutures.	1 —	1 —
Abcès du pavillon de l'oreille. Incision. Curettage. Drainage.	2 —	2 —
Adénite rétro-auriculaire non suppurée. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Adénites suppurées rétro-auriculaires. Incision. Curettage. Drainage.	3 —	3 —
Abcès furonculeux du conduit auditif interne. Incision. Curettage. Drainage. .	1 —	1 —
Ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Incision. Curettage. Drainage.	7 —	7 —
Fistule du menton. Ablation. Sutures. Résection dentaire	1 —	1 —
Plaie du menton. Sutures. Drainage. . .	1 —	1 —
Adénite suppurée sous-mentale. Incision. Curettage. Drainage	7 —	7 —
Ganglion sous-mentonnier non suppuré. Extirpation. Sutures. Drainage. . . .	2 —	2 —
Adénites tuberculeuses sous-maxillaires suppurées. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Ganglions sous-maxillaires tuberculeux non suppurés. Ablation. Suture. Drainage.	1 —	1 —
Luxation du maxillaire inférieur. Réduction	2 —	2 —

2° *Opérations pratiquées sur le cou.*
(109 opérations.)

Furoncle de la nuque. Incision. Curettage. Drainage.	4 opér.	4 guérisons.
Adéno-phlegmon de la nuque. Incision. Drainage	1 —	1 —
Abcès froid de la nuque. Incision. Curettage. Drainage.	9 —	9 —
Abcès furonculeux de la nuque. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Anthrax de la nuque. Eradication. . . .	6 —	6 —
Ganglions tuberculeux non suppurés de la nuque. Ablation. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Gommes tuberculeuses. Excision. Curettage Drainage. (Trois perdus de vue). .	18 —	15 —
Adénites tuberculeuses suppurées. Incision. Curettage. Drainage. (Quatre perdus de vue, un encore en traitement) .	35 —	30 —
Ganglions tuberculeux non suppurés. Ablation. Sutures. Drainage.	4 —	4 —
Kyste sébacé. Ablation. Sutures. Drainage.	6 —	6 —
Kyste sébacé avec chéloïde. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Papillomes. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Furoncle anthracoïde. Excision. Curettage.	2 —	2 —
Adéno-phlegmon. Incision. Curettage. Drainage.	6 —	6 —
Furoncle. Incision. Curettage.	4 —	4 —
Anthrax. Eradication.	3 —	3 —
Chéloïde cicatricielle. Ablation. Sutures. .	2 —	2 —
Ganglions sus-claviculaires tuberculeux non suppurés. Ablation. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Abcès froids sus-claviculaires. Incision. Curettage. Drainage.	2 —	2 —

3° *Opérations pratiquées sur le thorax et les seins.*
(33 opérations.)

Abcès froid costal. Incision. Curettage. Drainage. (Un encore en traitement). . .	5 opér.	4 guérisons.
Hématome du grand pectoral. Incision. Curettage Drainage.	1 —	1 —
Lipome sur la clavicule. Ablation. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Mammite suppurée des adolescents. Incision. Drainage.	1 —	1 —
Mastite puerpérale. Incision, avec ou sans curettage. Drainage.	13 —	13 —
Abcès aréolaire du sein. Incision. Drainage.	1 —	1 —
Chéloïde cicatricielle du sein. Ablation. Sutures. Récidive	1 —	1 état stat.
Squirrhe atrophique du sein. Amputation. Sutures. Drainage.	1 —	1 guérison.
Fibro-myxome du sein. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Fibro-adénome du sein. Ablation. Sutures. Drainage.	2 —	2 —
Noyau carcinomateux du sein récidivé sur la cicatrice. Excision. Sutures. . .	1 —	1 —
Noyau sarcomateux du sein récidivé, avec adénopathie axillaire. Ablation du noyau. Toilette de l'aisselle. Sutures. Drainage.	1 —	—
Lipome de la région dorsale. Ablation. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Kyste sébacé du dos. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Papillome de la région dorsale. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Plaie du dos. Sutures. Drainage. . . .	1 —	1 —

4° *Opérations pratiquées sur l'abdomen et l'anus.*
(33 opérations.)

Kyste sébacé de la paroi abdominale. Ablation. Sutures.	2 opér	2 guérisons.
Aiguille dans la paroi abdominale. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Fistule tuberculeuse de la paroi antérieure de l'abdomen. Débridement. Curettage. Thermo-cautérisation.	1 —	1 —
Furoncle de l'abdomen. Excision. Curettage.	1 —	1 —
Papillome de l'ombilic. Ablation. Thermo-cautérisation.	1 —	1 —
Hernie ombilicale. Incision. Sutures. Drainage.	1 —	1 récidive.
Polype fibreux du rectum. Ablation. Sutures.	1 —	1 guérison.
Abcès de la marge de l'anus. Incision. Curettage. Drainage.	4 —	4 —
Fissure anale. Dilatation forcée.	4 —	4 —
Fistules péri-anales. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Fistule anale. Débridement. Curettage. Thermo-cautérisation	2 —	2 —
Hémorrhoïdes externes enflammées. Hémorrhoïdes internes procidentes. Dilatation forcée. Excision après ligature. .	2 —	2 —
Hémorrhoïdes externes. Ligature en chaîne. Excision. Thermo-cautérisation. . . .	5 —	5 —
Abcès périnéal. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Végétations anales. Ablation à la curette. Thermo-cautérisation.	3 —	3 —
Abcès de la fosse ischio-rectale. Incision. Drainage	3 —	3 —

5° *Opérations pratiquées sur les voies génitales de l'homme.*
(38 opérations.)

Abcès de la verge. Incision. Curettage. Drainage	1 opér.	1 guérison.
Phimosis. Méthode circulaire. Sutures. .	9 —	9 —
Phimosis. Incision dorsale. Sutures. . .	4 —	4 —
Kyste sébacé de la région pubienne. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Varicocèle douloureux. Résection du scrotum. Sutures.	3 —	3 —
Résection du scrotum et ligatures veineuses	2 —	2 —

Plaie du scrotum. Sutures. Drainage.	1 opér.	1	guérison.
Hydrocèle vaginale. Cure radicale. Sutures. Drainage	10 —	10	—
Hydro-hématocèle. Décortication. Sutures. Drainage	1 —	1	—
Kyste du cordon. Excision de la poche. Sutures. Drainage	1 —	1	—
Ectopie testiculaire. Orchidopexie. Sutures. Drainage	1 —	1	—
Orchi-épididymite traumatique, avec hydrocèle vaginale. Incision. Résection de la vaginale. Sutures. Drainage.	1 —	1	—
Kyste de la tête de l'épididyme. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1	—
Tuberculose de l'épididyme. Incision. Curettage. Thermo-cautérisation. Drainage.	2 —	2	—

6° *Opérations pratiquées sur les voies génitales de la femme.* (7 opérations.)

Végétations vulvaires. Excision à la curette. Thermo cautérisation.	3 opér.	3	guérisons.
Polypes de l'urètre. Ablation. Thermocautérisation	1 —	1	—
Bartholinite suppurée. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2	—
Infection puerpérale. Curettage utérin. Lavages.	1 —	1	—

7° *Opérations pratiquées sur les membres supérieurs.* (412 opérations.)

Lipome de l'épaule. Ablation. Sutures. Drainage	1 opér.	1	guérison
Luxations de l'épaule. Réduction par traction simple	1 —	1	—
Réduction par le procédé de Kocher.	10 —	10	—
Anthrax de l'épaule. Eradication. Thermocautérisation	2 —	2	—
Adéno-phlegmon de l'aisselle. Incision. Curettage. Drainage	6 —	6	—
Corps étranger de la région axillaire. Ablation. Sutures.	1 —	1	—
Adénites axillaires inflammatoires suppurées. Incision. Curettage. Drainage.	6 —	6	—
Adénites tuberculeuses suppurées. Incision. Curettage. Thermo-cautérisation. Incision. Drainage.	4 —	4	—
Lymphangiome monokystique de l'aisselle. Ablation. Sutures. Drainage.	1 —	1	—
Abcès tubéreux de l'aisselle. Excision. Curettage. Drainage	14 —	14	—
Furoncle du bras. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1	—
Kyste sébacé suppuré du bras. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1	—
Fracture de l'humérus. Appareil plâtré.	7 —	7	—
Balle de revolver dans le triceps. Ablation après radiographie. Suture. Drainage	1 —	1	—
Balle de revolver dans l'humérus. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1	—
Hématome suppuré du bras. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1	—
Hématome non suppuré du bras. Incision. Sutures. Drainage.	3 —	3	—
Abcès lymphangitique du bras. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3	—
Sarcome cutané du bras. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1	—
Plaie du bras. Sutures. Drainage.	3 —	3	—
Abcès froid du bras. Incision. Curettage. Drainage. (Encore en traitement.).	1 —	1	amélior.
Fracture de l'olécrane avec hémarthrose. Incision. Ablation des caillots et des fragments. Sutures. Drainage.	1 —	1	guérison.
Adénite épitrochléenne suppurée. Incision. Curettage. Drainage.	3 —	3	—
Adénite épitrochléenne non suppurée. Ablation des ganglions. Sutures. Drainage.	2 —	2	—
Hygroma suppuré du coude. Incision. Curettage. Drainage	6 —	6	
Hygroma fongueux du coude. Incision. Curettage. Drainage	[illegible] —	2	—
Hygroma non suppuré du coude. Incision. Ablation de la poche. Sutures. Drainage.	[illegible] —	[illegible]	—

Luxation du coude en arrière. Réduction.	2 opér.	2	guérisons.
Ostéo-périostite épicondylienne. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1	—
Fistule tuberculeuse du coude. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1	—
Plaie du coude. Sutures. Drainage	1 —	1	—
Furoncle de l'avant-bras. Excision. Curettage.	6 —	6	—
Gomme tuberculeuse de l'avant-bras. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1	—
Corps étranger de l'avant-bras. Ablation. Sutures. Drainage.	3 —	3	—
Plaie de l'avant-bras. Sutures. Drainage.	2 —	2	—
Phlegmon de l'avant-bras. Incision. Drainage.	1 —	1	—
Anthrax de l'avant-bras. Eradication. Thermo-cautérisation.	1 —	1	—
Abcès furonculeux de l'avant-bras. Incision. Curettage. Drainage.	2 —	2	—
Fracture de l'avant-bras vicieusement consolidée. Appareil plâtré.	2 —	2	—
Fracture des deux os de l'avant-bras. Réduction. Appareil plâtré.	17 —	17	—
Fracture du radius. Réduction. Appareil plâtré	19 —	19	—
Fracture du cubitus. Réduction. Appareil plâtré.	3 —	3	—
Lipome dissociant du médian. Ablation. Résection du nerf. Sutures. Drainage.	1 —	1	—
Plaie du poignet. Sutures. Drainage.	1 —	1	—
Synovite fongueuse des gaines du poignet. Incision. Curettage. Drainage.	3 —	2	—
(Malade perdu de vue).		1	améliorat.
Synovite du poignet à grains riziformes. Incision. Curettage. Drainage. Sutures.	1 —	1	guérison.
Tuberculose verruqueuse et gommeuse de la main. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1	—
Hématome de la région dorsale de la main. Incision. Drainage.	1 —	1	—
Plaie de la main. Sutures. Drainage.	6 —	6	—
Furoncle de la main. Excision. Curettage.	3 —	3	—
Kystes synoviaux de la main et des doigts. Extirpation. Sutures. Drainage.	2 —	2	—
Abcès lymphangitique du dos de la main. Incision. Drainage.	2 —	2	—
Verrues de la main et des doigts. Ablation. Sutures.	6 —	6	—
Phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras. Incision. Drainage. (Le malade est reçu salle Jarjavay.)	1 —	1	améliorat.
Phlegmon total de la main. Incision dorsale et palmaire. Drainage.	8 opér.	8	guérisons.
Phlegmon dorsal de la main. Incision. Drainage.	13 —	11	—
(Deux perdus de vue).		2	améliorat.
Phlegmon de la paume de la main. Incision. Curettage. Drainage.	23 —	19	guérisons.
(Malades perdus de vue)		4	améliorat.
Corps étrangers de la main et des doigts. Ablation. Sutures avec ou sans drainage.	39 —	38	guérisons.
Malade perdu de vue		1	améliorat.
Kystes synoviaux du poignet. Ablation. Sutures. Drainage. (Ligature de l'artère radiale dans deux cas.)	10 —	10	guérisons.
Ostéo-nécrose de la phalangine du pouce. Ablation. Sutures. Drainage.	1 —	1	—
Ostéo-nécrose de la phalangine et de la phalange du pouce. Ablation de la phalangine. Résection de la phalange. Sutures. Drainage.	2 —	2	—
Hématome sous-unguéal du pouce. Extirpation de l'ongle.	2 —	2	—
Ostéo-arthrite tuberculeuse du pouce. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1	—
Luxation phalango-phalanginienne du pouce. Réduction.	1 —	1	—
Ostéo-nécrose de la phalangine de l'index. Désarticulation phalango-phalanginienne. Sutures. Drainage.	3 —	3	—
Section partielle de l'index. Suture. Drainage.	1 —	1	—
Hématome de l'index. Excision de la peau.	1 —	1	—
Ostéo-nécrose de la phalangette de l'index. Ablation de la phalangette.	1 —	1	—

Plaie du médius. Curettage, Drainage.	1 opér.	1 guérison.
Spina ventosa du médius. Désarticulation métacarpo-phalangienne. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Ostéo-nécrose de la phalangine du médius. Résection de phalangine. Sutures. Drainage	3 —	3 —
Ostéo-nécrose de la phalangine et de la phalangette du médius. Désarticulation phalangino-phalangettienne. Résection de la phalangine.	3 —	3 —
Synovite fongueuse de la gaine des extenseurs du médius. Incision. Curettage. Drainage.	2 —	2 —
Synovite crépitante. Pointes de feu.	5 —	5 —
Fracture du 2e métacarpien. Appareil plâtré.	1 —	1 —
Fracture du 5e métacarpien. Appareil plâtré	1 —	1 —
Plaie par arrachement du petit doigt. Désarticulation métacarpo-phalanginienne. Résection du 5e métacarpien. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Synovite à grains riziformes du médius et de l'annulaire. Incision. Curettage. Drainage. Sutures.	1 —	1 —
Synovite à grains riziformes de l'éminence thénar. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Ostéo-myélite du 3e métacarpien. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
[illegible]. Incision avec ou sans curettage. (Onze perdus de vus.)	106 —	95 —

8° *Opérations pratiquées sur les membres inférieurs*
(141 opérations.)

Hématome de la fesse. Incision. Curettage. Drainage.	1 opér.	1 guérison.
Abcès froid de la fesse. Incision. Curettage. Drainage	7	7 —
[illegible] de la fesse. Excision	7 —	7 —
Anthrax de la fesse. Eradication	1 —	1 —
Plaie de la fesse. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Hématome suppuré de la hanche. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Hygroma de la bourse séreuse pré-trochantérienne. Incision. Résection de la poche. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Fongosités péri-trochantériennes. Curettage. Drainage. Sutures.	1 —	1 —
Corps étranger dans le triangle de Scarpa. Ablation. Sutures. Drainage.	1 -	1 —
Adénites inguinales suppurées. Incision. Curettage. Drainage.	11 —	11 —
Adénites crurales suppurées. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Balle dans la cuisse. Extraction. Sutures. Drainage	1 —	1
[illegible]. Sutures. Drainage après [illegible].	2 —	2
[illegible] de la cuisse. Incision. Curettage. Drainage	3	3 —
[illegible] de la cuisse. Excision. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
[illegible] poplité externe. Libération des adhérences [illegible]. Sutures. Drainage.	1	1 —
[illegible] du genou. [illegible]. Sutures. Drainage	3 —	3 —
[illegible]. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
[illegible]. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Kyste synovial du creux poplité. Excision. Sutures. Drainage	1 —	1 —
[illegible] (malade perdu de vue)	1 —	1 amélior.
[illegible] du genou. [illegible] Sutures. Drainage	1 —	1 guérison.
[illegible]. Appareil plâtré	2 —	2 —
[illegible]. Appareil plâtré	1 —	1 —

Furoncle de la jambe. Incision. Curettage. Drainage	2 opér.	2 guérisons
Abcès furonculeux de la jambe. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Plaie de la jambe. Sutures. Drainage.	4 —	4 —
Hématome suppuré de la jambe. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Hématome non suppuré de la jambe. Incision. Curettage. Drainage.	2 —	2 —
Kyste sébacé suppuré de la jambe. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Fracture du péroné. Appareil plâtré	1 —	1 —
Synovite fongueuse des péroniers latéraux. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Fracture de la malléole interne. Appareil plâtré	1 —	1 —
Abcès froid sus-malléolaire. Incision. Curettage. Drainage. Thermo-cautérisation.	1 —	1 —
Kyste synovial du cou de pied. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Entorse médio-tarsienne. Appareil plâtré.	1	1 —
Hygroma rétro-calcanéen. Excision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès du talon. Incision. Curettage. Drainage.	3 —	3 —
Durillon forcé de la plante du pied. Incision. Curettage. Drainage	6 —	6 —
Corps étrangers du pied et des orteils. Ablation.	3 —	3 —
Abcès froid de la face dorsale de pied. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Abcès lymphangitique de la région dorsale du pied. Incision. Drainage.	4 —	4 —
Phlegmon du dos du pied. Incision, Drainage.	1 —	1 —
Kyste synovial de la face dorsale du pied. Excision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Pieds bots valgus et varus suites de paralysie infantile. Greffe anastomotique musculo-tendineuse. Appareil plâtré. Sutures. Drainage	5 —	5 —
Métatarsalgie. Résection des têtes métatarsiennes.	6 —	6 —
Mal perforant plantaire. Excision. Curettage. Thermo-cautérisation	1 —	1 état stat.
Mal perforant plantaire. Elongation du nerf plantaire interne. Sutures. Drainage et curettage du mal perforant.	2 —	2 guérisons.
Abcès du gros orteil. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Ostéo-arthrite métatarso-phalangienne du gros orteil. Incision. Curettage. Drainage (malade perdu de vue).	1 —	1 amélior.
Hygroma de la bourse séreuse métatarso-phalangienne du gros orteil. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 guérison.
Orteil en marteau. Ostéotomie cunéiforme (procédé Terrier)	1 —	1 —
Tumeur cornée du petit orteil. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Ongles incarnés. Ablation (procédé Quénu).	26 —	26 —

En récapitulant :

1° Sur la tête et la face	168 opérations.
2° Sur le cou	109 —
3° Sur le thorax et les seins	33 —
4° Sur l'abdomen et l'anus	33 —
5° Sur les voies génitales de l'homme	38 —
6° Sur les voies génitales de la femme	7 —
7° Sur les membres supérieurs	412 —
8° Sur les membres inférieurs	141 —
Total	941 opérations

Ce qui fait un total de 941 opérations pour l'année 1898, chiffre supérieur à celui de l'année précédente 727 opérations.

Les malades opérés ont été anesthésiés, comme les années précédentes, soit localement avec la solution de cocaïne à 1/100 ; soit d'une façon générale, avec le chloroforme ou le bromure d'éthyle. Pas d'accident mortel,

ni même d'incident syncopal à signaler, grâce aux précautions habituelles prises dans le maniement de ces agents anesthésiques.

Le chlorure d'éthyle, comme anesthésique local, a été presque complètement abandonné, son effet semblant purement moral, ou consistant simplement en une anesthésie des plus superficielles.

2° La *consultation de Gynécologie*, faite sous la direction de mon ex-interne, M. le Dr E. Reymond, par mon ancienne externe Mlle le Dr Desmollières, a eu lieu les lundis et vendredis. Cette consultation a été fréquentée par 1.785 malades, en hausse sur l'année précédente (1.414), mais encore en baisse sur 1896, année où le nombre des consultantes fut de 2.141.

Les malades qui se sont présentées à la consultation de gynécologie se répartissent ainsi :

Janvier	139
Février	167
Mars	139
Avril	151
Mai	132
Juin	143
Juillet	168
Août	139
Septembre	147
Octobre	152
Novembre	136
Décembre	172
Total	1785

I. — *Maladies des organes génitaux.*

Hématome traumatique de la grande lèvre	1
Thrombus obstétrical de la grande lèvre	1
Bartholinites	7
Intertrigo	1
Herpès de la vulve	15
Syphilis secondaire vulvo-anale	11
Végétations vulvaires	3
Vulvo-vaginites blennorrhagiques	27
Déchirures du col	3
Atrésie du col	3
Métrites, ulcérations du col	30
Métrites catarrhales	103
Métrites hémorragiques	28
Métrorrhagies	7
Salpingo-ovarites	107
Hématocèles	5
Rétroversions utérines	12
Rétroflexions utérines	7
Antéversions utérines	9
Antéflexions utérines	10
Latéro-déviations utérines	2
Cystocèles vaginales	10
Rectocèles vaginales	3
Chute de l'utérus	6
Fibromes utérins	44
Polypes de l'utérus	4
Cancers de l'utérus	29
Kystes de l'ovaire	3
Kyste du ligament large	1
Torsion du pédicule d'une salpingo-ovarite	1
Déchirures du périnée	3
Grossesses	68
Femmes se croyant enceintes et ne l'étant pas	4
Avortements	16
Rétention placentaire septique	3

II. — *Maladies des voies urinaires.*

Urétrites blennorrhagique	5
Polypes de l'urètre	13
Cystites	3
Reins mobiles	14
Rétention vésicale	1
Néphrite tuberculeuse	1

III. — *Divers.*

Fissure à l'anus	1
Fistule à l'anus	1
Hémorroïdes	6
Papillome anal	1
Rectites	2
Rétrécissement du rectum	1
Entérites	5
Néoplasme intestinal	1
Appendicites	5
Péritonites tuberculeuses	2
Hernies ombilicales	5
Hernies inguinales	6
Hernies crurales	3
Eventration	1
Abcès de la paroi abdominale	2
Adénites inguinales suppurées	3
Ascite d'origine hépatique	1
Ascite d'origine cardiaque	1
Hypertrophie de la rate	2
Affection nerveuse	1
Goitres exophtalmiques	2
Varices	1
Hydarthrose	1
Lumbago	1
Névralgie intercostale	1

IV. — *Malades opérées dans le service et revues à la consultation.*

Hystérectomie abdominale : état satisfaisant	6
Hystéropexie : douleurs persistantes	2
Kystes de l'ovaire : pas de récidives	2
Salpingo-ovarites incisées par le vagin : guérison incomplète	2
Salpingites : ablation unilatérale des annexes ; récidive du côté opéré	3

V. — *Interventions et pansements.*

Bartholinites : incision	3 interv.	3 guérisons.
Polype utérin : ablation	1 —	1 —
Polype de l'urètre : ablation	5 —	5 —
Fistule à l'anus	1 —	1 —
Fissure à l'anus : dilatation anale	1 —	1 —
Adénites inguinales suppurées : incision	2 —	2 —
Abcès de la paroi abdominale : incision	2 —	2 —
Vulvo-vaginite blennorrhagique chez une enfant : injections vaginales de permanganate à 1/2.000	1 —	1 —
Urétrites blennorrhagiques : lavages urétraux et vésicaux bi-hebdomadaires de permanganate	5 —	5 —
Métrites et ulcérations du col traitées par les applications bi-hebdomadaires de teinture d'iode et les pansements glycérinés	30 —	» —

Les 30 cas précédents ne représentent pas les seuls qui aient été traités par les applications de teinture d'iode et glycérine, mais ceux qui ont pu être suivis pendant une période de temps suffisante.

Toutes ces malades étaient atteintes de métrite et d'ulcération du col sans salpingo-ovarite appréciable. Toutes, à la suite d'un traitement plus ou moins prolongé, présentèrent une cicatrisation complète de l'ulcération cervicale. Mais plusieurs sont revenues avec une récidive parfois rapide, et d'autre part il n'est pas certain que toutes les malades non revues soient restées guéries.

3° La *consultation externe d'Electrothérapie* faite par M. le Dr Mally, trois fois par semaine, a traité 152 malades nouveaux, le total des malades externes s'élève à 2.515 numéros relevés par la surveillante de la consultation. Dans ce nombre ne sont pas compris les malades hospitalisés dans les services de médecine et de chirurgie de Bichat. Ce nombre, à peu près le même que les années précédentes, pourrait être considérablement augmenté si nous disposions d'un matériel suffisant, ainsi que nous le faisons remarquer depuis de nombreuses années, *mais sans succès*.

Le manque d'aide nous oblige à ne donner ici qu'une statistique en bloc pour les opérations radiographiques,

ces opérations sont au nombre de 78. Le temps matériel nous fait défaut pour collectionner les épreuves sur papier, qui pourraient constituer une sorte de musée intéressant.

Fibromes utérins.		3
Amyotrophies réflexes d'origine traumatique		13
Amyotrophies progressives		2
Paralysies traumatiques : du nerf	axillaire	3
—	médian	4
—	radial	3
—	cubital.	4
—	tibial antérieur	1
—	grand dentelé	1
Paralysies radiculaires du plexus brachial		8
Paralysies faciales		11
Périarthrites scapulo-humérales		18
Paralysies infantiles		16
Polynévrites		6
Paralysies spasmodiques		4
Hémiplégie		8
Névralgies du plexus brachial		2
Sciatiques		3
Pied plat douloureux		3
Méralgie		2
Maladie de Basedow		5
— Little		3
— Landry		1
Claudications intermittentes		2
Incontinence d'urine		3
Neurasthénies		3
Cicatrices chéloïdiennes		5
Nœvi vasculaires		4
Total		152

4° *Consultation pour les maladies des yeux.* La consultation ophtalmologique a été faite comme les années précédentes par mon ancien interne le Dr Morax. La consultation a lieu une fois par semaine, le vendredi matin.

Pendant l'année 1898, 480 consultations ont été données et 18 opérations ont été pratiquées, toutes suivies de guérison.

6 Chalazions. Incision et curettage.
3 Incisions du point lacrymal.
1 Ponction sclérale pour décollement de la rétine.
1 Papillome du bord libre de la paupière. Excision.
1 Lupus de la paupière inférieure. Cautérisation ignée.
1 Tatouage pour leucome de la cornée.
1 Scarification du bord palpébral pour blépharite acnéique.
2 Incisions d'abcès palpébraux.
1 Ectropion lacrymal. Cautérisation linéaire.
1 Symblépharon. Section des adhérences et autoplastie muqueuse.

Tous ces malades ont pu quitter l'hôpital après l'intervention. On trouvera plus loin la statistique des opérations ophtalmologiques qui ont nécessité un séjour à l'hôpital.

5° Les *consultations des maladies des oreilles, du nez et de la gorge* ont été faites par mon ancien interne le Dr A. Malherbe, 1.135 malades y ont été examinés et traités.

Résumé des opérations pratiquées à cette consultation :

I. — *Pharynx.*

67	Tumeurs adénoïdes, curettage sous le bromure d'éthyle	67	guérisons.
10	Rhino-pharyngites chroniques postérieures. Curettage sous le bromure d'éthyle.	10	—
12	Hypertrophies des amygdales traitées par l'ablation avec l'amygdalotome (7 doubles, 5 unilatérales)	12	—
17	Hypertrophies amygdaliennes traitées par le galvano-cautère	17	—
5	Abcès de l'amygdale, incision	5	—
15	Pharyngites granuleuses, cautérisations au galvano-cautère	15	guérisons.

II. — *Nez.*

35	Rhinites, hypertrophies des cornets, éperons, déviations de la cloison (12 malades)	12 améliorat.
26	Polypes muqueux des fosses nasales, ablation et cautérisation (9 malades)	9 guérisons.

III. — *Larynx.*

1	Polype corde vocale gauche. Ablation.	1 —
35	Laryngites tuberculeuses. Cautérisation avec acide lactique (31 non revus)	4 améliorat.

IV. — *Sinus*

1	Sinusite maxillaire avec fistules. Grattage.	1 guérison.
1	Sinusite frontale. Trépanation et drainage.	1 —

V. — *Oreilles.*

1	Kyste sébacé du pavillon. Ablation.	1 guérison.
5	Corps étrangers de l'oreille. Extraction	5 —
6	Otites moyennes aigues Paracentèse.	6 —
3	Antro-mastoïdites aigues. Evidement simple sous chloroforme.	3 —
3	Otites moyennes chroniques suppurées. Evidement avec grattage de la caisse sous chloroforme.	3 —
1	Abcès mastoïdien avec dénudation de l'apophyse. Evidement et curettage sous chloroforme	1 —
10	Otites moyennes chroniques sèches. Evidement pétro-mastoïdien. Evidement pétro-mastoïdien avec tubage, sous chloroforme.	3 améliorat. et 7 guérisons

En chirurgie spéciale, nombre des consultants pour l'année 1898 :

MOIS	Chirurgie.	Gynécologie.	Electricité.	Ophtalmologie.	Oreilles, Nez. Gorge	Totaux.
Janvier	»	139	233	51	89	512
Février	»	167	214	45	83	509
Mars	»	139	228	47	110	524
Avril	»	151	203	42	92	488
Mai	»	132	210	40	90	472
Juin	»	143	207	35	100	485
Juillet	»	168	201	32	75	476
Aout	»	139	213	39	95	486
Septembre	»	147	198	36	112	493
Octobre	»	152	223	42	97	514
Novembre	»	136	176	38	104	454
Décembre	»	172	209	33	88	502
Totaux	»	1785	2515	480	1135	5915

(*A suivre.*)

LE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — Sur le chapitre 29 (service de santé, matériel), *M. Breton* (Cher) demande une augmentation de 35 000 fr. pour l'achat de 50 appareils de radiographie et de radioscopie destinés à être placés dans les hôpitaux militaires et dans le matériel des ambulances de corps d'armée. *Le rapporteur* fait observer que les appareils dont a parlé M. Breton s'améliorent tous les jours et des essais se font au Val-de-Grâce. Pour le moment, il est inutile de se lancer dans des achats qui deviendraient inutiles au bout de très peu de temps. (Très bien !) L'amendement de M. Breton est repoussé.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus dans la réserve l'armée de mer : Au grade de médecin en chef de réserve : MM. les médecins principaux de réserve Merleaux du Pont et Duberge. — Au grade de médecin principal de réserve : MM. les médecins de 1re classe de réserve Borely et Peyron. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe de réserve Bossuet, Gros, Hamon du Fougeray, Aubert et [illegible]. — Au grade de pharmacien de 1re classe de réserve : M. le pharmacien de 2e classe de réserve Calot.

VICTIME DE LA PESTE. — M. le chirurgien Evans, professeur de pathologie au Collège médical de Calcutta, est mort de la peste, qu'il a contractée, croit-on, en faisant une autopsie.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*) (1).

Par le Dr **L. Fiaux.**

II

Rapports numériques de la population mâle et de la population féminine à Genève. — Travaux démographiques du professeur A. Vincent. — Organisation du Dispensaire. — Nombre des maisons à Genève; leur réglementation intérieure; leur population. — Etat statistique des femmes en maison. — Proportion des suissesses et des étrangères. — Statistique des Françaises. — Pas de Genevoises. — Rareté des femmes inscrites au delà de trente ans d'âge.

Genève est, après Zurich, la ville la plus peuplée de la Suisse : le dernier recensement décennal (1888-1890) y a compté plus de 80.000 habitants en comprenant 53.000 pour les faubourgs, communes et agglomérations avoisinantes des rives droite et gauche. La population totale du canton s'est élevée successivement de 64.146 en 1850, à 88.791 en 1870, 99.712 en 1880 et 105.509 en 1888. La ville même ne comptait que 31.238 habitants en 1850 (2) ; c'est une des cités les plus rapidement transformées et agrandies de l'Europe en ce dernier demi-siècle.

L'étude démographique, que dans la question de la prostitution on ne devrait jamais oublier car elle en est le substratum vivant, montre également un fait des plus intéressants. Nulle part, dans aucun pays de l'Europe, il n'existe un écart numérique aussi grand qu'à Genève entre la population féminine et la masculine : à tous les âges, le chiffre des femmes l'emporte tantôt d'un tiers, tantôt d'un quart sur celui des hommes ; les adultes mâles de 15 à 59 ans étaient en 1888 au nombre de 32.492 ; les adultes femmes au nombre de 38.315 ; à 60 ans et plus les hommes étaient au nombre de 3.987 ; les femmes de 5.650; soit 873 hommes pour 1.000 femmes (3).

Le service des mœurs, comme nous l'avons indiqué brièvement, dépend à Genève du *Bureau de salubrité* qui relève lui-même du département de Justice et Police sans que d'ailleurs nul terme de la loi sur l'organisation et la compétence du *Bureau* vise particulièrement la prostitution ; les maisons sont donc soumises au contrôle de la police et de la médecine publique au même titre que les écoles, casernes, fabriques, prisons, industries diverses, épidémies et épizooties seules mentionnées (4). Le directeur du *Bureau de Salubrité* étant un médecin, M. le Dr A. Vincent, c'est le même qui avec l'assistance d'un médecin adjoint dirige le Dispensaire spécial. Inauguré le 2 mars 1885, 11, rue Calvin, le Dispensaire est le lieu de la visite des femmes qui jusqu'en 1888 devaient s'y rendre tous les cinq jours; la taxe de la visite fixée d'abord à 2 francs, n'est plus depuis 1888 que de 1 fr. 50 : mais la visite a lieu deux fois par semaine : ces sommes, versées à la caisse du département de Justice et Police, entrent aux recettes du budget particulier du Dispensaire.

Le chiffre des maisons de tolérance, qui seules sont officiellement l'expression publique de la réglementation, est relativement élevé ; il a varié de 12 à 17 dans la période 1879-1885 ; porté successivement à 18 et 19 par la municipalité et le Département de Police sous l'influence des idées en cours dans le gouvernement genevois, il a été ramené en 1895 à 16 : deux des maisons disparues fermèrent spontanément ; l'autre fut fermée par ordre ; le Département dut convenir que cette dernière ne pouvait pas être considérée comme une annexe au préau de récréation pour les grands élèves du Collège Supérieur.

La situation topographique des maisons diffère de celle des maisons parisiennes. Tandis que dans notre capitale, tant dans les rues du centre que sur les boulevards extérieurs où elles forment comme une sorte de couronne, elles sont situées dans des immeubles en bordure même des trottoirs, à Genève les tolérances (*öffentlichen Freudenhäuser*) sont comme cachées dans quelque bâtiment de ces vastes pâtés d'immeubles constitués par une suite de corps de bâtiments agglomérés en profondeur et contigus les uns aux autres où l'on accède par de longues allées s'ouvrant sur deux rues : les maisons n'ont donc pas l'individualité indicatrice de nos maisons françaises ; elles sont ainsi perdues au milieu d'une multitude d'habitations et de logements occupés par la population bourgeoise et ouvrière ; elles sont presque toutes centralisées dans les rues Croix-d'Or, du Rhône, Neuve, du Grand-Perron, de la Tour-de-Boel, c'est-à-dire dans les quartiers « passants », commerçants et populeux du vieux Genève. Une lanterne rouge de forme et dimension banales (la couleur seule ayant une signification), est extérieurement placée aux entrées de l'allée.

La réglementation intérieure est la même que celle de nos maisons, avec cette différence que, depuis les suicides de 1888, le service des mœurs fait des efforts pour qu'aucun cas de séquestration ne se produise avec son concours et ne fasse scandale. Un avis officiel imprimé en trois langues, française, allemande et italienne, signé du directeur de la police, prévient les femmes « qu'elles sont libres de partir à toute époque et sans avoir rien à payer. Elles peuvent s'adresser directement à la direction même de la police ». Une boîte aux lettres est placée dans la pièce d'attente qui précède le cabinet du dispensaire où la visite est effectuée ; la tenancière n'assiste pas à la visite ; la femme est seule avec le personnel médical. Cette sorte de tête-à-tête est considéré comme une mesure favorable à la liberté puisque la femme y peut parler [illegible] un contrôle systématiquement hostile. La réglementation est stricte. Il faut une autorisation pour établir une maison ; les infractions aux statuts sanitaires sont punies de fermeture ou d'amendes. M. le Dr A. Vincent nous [illegible] le cas récent d'une tenancière qui, pour colorer d'un prétexte son intention de ne point laisser visiter une femme qu'elle croyait gravement malade et qui avait seulement un catarrhe utérin, simulait sur cette femme

(1) Voir *Progrès médical*, nos 5 et 9.

(2) V. l'*Hygiène publique à Genève de* 1885 à 1894, par le Dr A. Vincent, professeur à l'Université, directeur du Bureau de salubrité (gr. in-4 de 260 p., avec planches et appendice contenant l'ensemble de la législation d'hygiène à Genève. Genève R. Burckhart, 1896), p. 77.

(3) A. Vincent, *op. cit.*, p. 9 et 10. La proportion se maintient à l'avantage des femmes genevoises à toutes les périodes décennales de la vie :

AGE	HOMMES	FEMMES
De 15 à 19 ans	4516	5014
20 — 29	8871	11120
30 — 39	7573	8539
40 — 49	6554	7546
50 — 59	4978	6096
60 — 69	2796	3808
70 — 79	997	1495
80 et au-dessus	494	347

(4) Art. 3 et 4, *op. cit.* (Annexe. Lois et règlem.) Loi relative au *bureau de salubrité*.

une persistante ménorrhagie ; la femme elle-même redoutait l'internement coercitif à l'hôpital : M. le Dr A. Vincent réclama la fermeture de la maison ; le département se contenta d'infliger à la tenancière une amende de 2.000 fr. En dehors de l'exactitude aux visites de la rue Calvin, la réglementation de l'existence des femmes pensionnaires est sévère ; la formule d'inscription met sans doute en relief leur volonté de s'adonner à la prostitution et d'entrer en maison ; mais, quels que soient la terminologie et les euphémismes à employer, le département de Justice et Police genevois conviendra qu'une femme qui ne peut sortir sans PERMIS DE CIRCULER *avec indication du but de la sortie, de l'itinéraire, de l'heure de départ et de l'heure de rentrée, avec date et signature de la direction de police*, ressemble fort à une femme sinon séquestrée, du moins .. internée, et tel est le cas réglementaire à Genève (1).

La population de ces maisons est restreinte ; totale, elle atteint en moyenne le chiffre de 100 femmes ; 105, le 1er janvier 1897. D'après les chiffres de M. le Dr A. Vincent, ces femmes sont réparties comme suit :

Maisons		Nombre des femmes présentes (31 décembre 1896) par maison	
1	contient.	9	9
4	contiennent	8	32
3	—	7	21
4	—	6	24
3	—	5	15
1	—	4	4
Totaux ... 16	contiennent.		105

En 1882, pour 12 maisons de tolérance, il y avait 108 pensionnaires ; en 1889, 19 maisons avaient 89 pensionnaires ; en 1885, dans une statistique également due à l'obligeante communication de M. le Dr A. Vincent, il est signalé pour 17 maisons une moyenne de 85 pensionnaires présentes avec un mouvement annuel de 253 inscrites (2). La diminution ou le *statu quo* numérique de la population des tolérances ressort nettement du rapprochement de ces chiffres et de ces dates, les 19 maisons de 1889 ayant un nombre d'habitantes inférieur à celui des 12 maisons de 1882 et égal à celui des 17 maisons de 1885 ; les 16 maisons de 1897 ayant enfin un nombre de pensionnaires inférieur aux 12 maisons de 1882.

Plusieurs observations se greffent sur cette première statistique.

Il ne paraît d'abord pas de ce chef que la protection à la fois attentionnée et rigoureuse accordée par le département aux femmes internées soit suffisamment appréciée dans le monde spécial pour provoquer l'affluence des inscrites. La police des mœurs ici comme partout agit contre son objet ; ses sévérités arbitraires n'aboutissent qu'à faire le vide dans l'organisme administratif même qu'elle dirige, sans d'ailleurs empêcher la prostitution en dehors des maisons même. Le recrutement ne devrait cependant pas être difficile puisqu'en étudiant le détail de la population genevoise nous avons vu que la population féminine l'emportait sur la population masculine au point de donner une proportion de 1.000 femmes pour 873 hommes.

Ce petit nombre de femmes internées montre ensuite combien est grande l'erreur des théoriciens policiers de la prostitution réglementée, d'après lesquels les municipalités doivent, surtout dans les grandes villes, tenir à la disposition des non-mariés (célibataires, veufs, divorcés) des maisons et des femmes en carte, sous peine de voir se produire publiquement de graves désordres de nature sexuelle. Si cette thèse de biologie citadine reposait sur la réalité, il faudrait conclure en présence de l'insuffisance numérique du service des mœurs que, à Genève plus que dans toute autre ville de l'Europe, les attentats contre la moralité sont nombreux et le tableau des gestes de rues est choquant. Or c'est ce qu'infirment les faits. Il est beaucoup plus conforme à une judicieuse appréciation des mœurs ou plus précisément des rapports des hommes et des femmes, de dire que la proportion numérique élevée de la population féminine à Genève rend facile le grand nombre d'unions plus ou moins passagères, en même temps qu'une législation éclairée et rationnelle sur le mariage et le divorce multiplie de son côté les unions légales précoces et facilite les remariages. De part et d'autre la banale prostitution insoumise ou réglementée perd ses droits, et la police des mœurs avec les 105 femmes présentes dans ses 16 maisons joue le rôle de mouche du coche : les services qu'elle offre sont fort inutiles ; la masse de la population s'en passe et n'a pas besoin de son intermédiaire.

Le chiffre de 105 est d'ailleurs celui que le département indique comme moyenne de femmes constamment présentes et en activité fonctionnelle dans les tolérances, mais il ne donne pas une idée du mouvement statistique de la prostitution inscrite dans le canton pendant l'année. Le chiffre complet communiqué par le Dr A. Vincent est de 251 ; il ne comprend pas seulement les 105 présentes, mais il indique l'inscription des mêmes sujets changeant de maisons (chaque passage d'une maison dans une autre nécessitant une nouvelle inscription) ; il indique également la réinscription des mêmes sujets s'étant fait radier au cours de l'année puis réinscrire de nouveau, quittant ainsi la prostitution officielle pour y rentrer. Une fois de plus cette méthode peu rigoureuse nous sera l'occasion de rappeler que dans cette question de la prostitution, il ne peut y avoir de statistique scientifique en dehors de la statistique individuelle, chaque femme ayant ainsi son histoire civile et sanitaire séparée.

Quoi qu'il en soit, nous avons dressé, sur les chiffres réunis en bloc rue Calvin, les trois tableaux suivants qui nous paraissent sur cet aspect donner aux documents numériques une forme plus claire et une valeur plus rapidement intelligible. Ces tableaux donnent le nombre, l'âge et la nationalité des femmes qui ont passé par les 16 tolérances de Genève au cours de l'année 1896 entière :

FEMMES DE NATIONALITÉ SUISSE.

CANTONS D'ORIGINE.	Nombre des femmes de 20 à 25 ans.	Nombre des femmes de 25 à 30 ans	Nombre des femmes de 30 à 35 ans.	TOTAUX
Berne.	7	7	2	16
Vaud	3	2	1	6
Zurich.	3	1	1	5
Argovie.	3	»	»	3
Valais.	1	2	»	3
Saint-Gall.	1	1	»	2
Glaris.	1	»	»	1
Appenzell.	1	»	»	1
Schaffouse..	»	1	»	1
Turgovie..	»	»	1	1
Lucerne.	1	1	1	3
TOTAUX.	21	15	6	42

(1) V. aux *Pièces et documents*, quelques spécimens d'imprimés réglementaires.

(2) *La Prostitution*, par le Dr Reuss. J.-B. Baillière, 1889 (p. 621-622).

On remarquera que parmi les 42 suissesses inscrites par la police des mœurs genevoise, il n'existe pas une femme genevoise : il serait naïf de chercher à cette absence un autre motif qu'un parti pris systématique du département genevois, animé du compréhensible désir de supprimer de ce chef du même coup une occasion de scandale et un argument utilisable par ses adversaires. En 1857, le Dr d'Erlach (de Berne) ne manquait pas, dans le même ordre d'idées, de faire remarquer que plus des trois quarts des habitantes des maisons de passes étaient étrangères au canton et même à la Suisse : celles qui parlaient allemand, venaient de Strasbourg, de Bade, de Wurtemberg, et celles qui parlaient français, n'étaient après tout que des suissesses de cantons romans, et encore en dernière analyse, presque toutes celles qui parlaient français étaient-elles françaises ! En allemand, comme en français, l'honneur national était sauf.

Il est exact que nos compatriotes figurent en quantité non négligeable dans le personnel agréé par la police spéciale de Genève.

FEMMES DE NATIONALITÉ FRANÇAISE.

RÉGIONS (1).	Nombre des femmes de 20 à 25 ans.	Nombre des femmes de 25 à 30 ans.	Nombre des femmes de 30 à 35 ans.	TOTAUX.
Paris..........	7	7	»	14
Région périphérique..	6	1	»	7
Nord..........	1	1	»	2
Centre.........	14	10	»	24
Ouest.........	5	2	5	12
Est...........	8	6	2	16
Sud-Est	7	6	1	14
Midi..........	9	2	»	11
Région indéterminee.	5	7	»	12
Colonies........	»	2	»	2
TOTAUX.....	[illegible]	[illegible]	8	114

Sauf pour Paris, ces 114 femmes se répartissent par groupe de 2 à 4 pour un même département ; souvent elles viennent de la même localité. Les deux femmes venant de nos colonies sont nées l'une à Alger, l'autre à Saint-Pierre de la Martinique ; toutes deux ont 28 ans.

Les pays de l'Europe centrale où l'on parle allemand, et les autres pays occidentaux fournissent également un contingent d'ailleurs inégal.

FEMMES DE NATIONALITÉ AUTRE QUE LA SUISSE ET LA FRANCE.

PAYS.	Nombre des femmes de 20 à 25 ans.	Nombre des femmes de 25 à 30 ans.	Nombre des femmes de 30 à 35 ans.	TOTAUX.
Alsace	9	11	7	27
Lorraine allemande..	1	»	1	2
Luxembourg......	4	1	»	5
Bade...........	3	5	3	11
Bavière.........	10	5	1	16
Wurtemberg......	3	3	1	7
Autriche........	»	3	»	3
Prusse.........	1	3	»	4
Hollande........	»	1	»	1
Belgique........	1	»	2	3
Hongrie........	3	2	»	5
Italie..........	4	3	1	8
Espagne........	2	»	»	2
Portugal.......	1	»	»	1
TOTAUX......	42	37	16	95

En résumé nous voyons par ces trois tableaux que, sur 251 femmes qui ont passé par les tolérances genevoises, 125 de nationalités diverses, c'est-à-dire la moitié, avaient de 20 à 25 ans ; en réalité presque toutes les femmes de cette catégorie ont 20 à 23 ans et se trouvent donc dans l'âge de l'inexpérience sociale et de l'activité sexuelle ; après 25 ans le chiffre des femmes adonnées à la prostitution fléchit sensiblement, il tombe à 96 ; après 30 ans, il devient très inférieur, 6 pour la Suisse, 8 pour la France, 16 pour les autres pays. Cette progression en décroissance confirme une fois de plus l'observation que nous avons faite dans des études antérieures, par laquelle nous montrions que les femmes ne font que passer par la prostitution ou mieux s'adonnent à la recherche des amours irrégulières et renouvelées absolument dans les conditions psychiques et physiologiques des jeunes gens : elles aussi traversent une crise passionnelle qui s'atténue bien avant la trentième année pour des raisons diverses, mariage, enfants (1), respectabilité sociale, travail professionnel avec responsabilité, etc. Les deux situations sont les mêmes ; qui contestera qu'à 30 ans, à 35 ans l'extérieur général et l'activité fonctionnelle des femmes de nos climats tempérés d'Europe soient encore tels que l'on devrait rencontrer dans les cadres de la prostitution réglementée (isolées en carte, ou internées en maison) un chiffre de sujets appartenant à ces catégories proportionnellement égal à celui de l'unique catégorie des jeunes femmes de 20 à 25 ans : mais il n'en est rien, tant il est vrai que la prostituée professionnelle, sur l'existence de laquelle se base surtout la police des mœurs pour justifier sa propre existence, est une exception dans le groupement total des femmes inscrites ! La police des mœurs soumet avant tout les misérables, les besogneuses, les désespérées, les imprudentes, les passionnelles : après 25 ans, après 28 ans, l'expérience de la vie, la possession plus grande de son moi, la fermeté intellectuelle, les arrangements personnels, la compréhension de ses droits civils plus nette vis-à-vis l'arbitraire administratif, font singulièrement plus rares les femmes qui de leur plein gré ou à leur corps défendant sont capturées par cet organisme administratif suranné appelé la police des mœurs. A Genève, les plus âgées de ces femmes sont une alsacienne de 36 ans, une vaudoise et deux badoises de 35 ans. Une italienne a 30 ans ; les deux espagnoles ont 22 et 23 ans ; la portugaise 22 ans. (*A suivre.*)

(1) Les régions comprenant les départements originaires suivants : *Paris* avec 2 localités d'origine, Boulogne-sur-Seine et Clamart ; *région périphérique*. Oise, Seine-et-Oise, Eure ; *Nord* : Nord ; *Centre* : Loiret, Allier, Corrèze, Haute-Vienne, Indre-et-Loire, Loire, Cantal, Avignon, Puy-de-Dôme ; *Ouest* : Calvados, Côtes-du-Nord, Vendée, Finistère, Manche, Mayenne, Loire-Inférieure ; *Est* : Vosges, Marne, Haute-Marne, Côte-d'Or ; *Sud-Est* : Jura, Ain, Doubs, Belfort, Savoie, Haute-Savoie ; *Midi* : Bouches-du-Rhône, Var, Isère, Drôme, Saône, Haute-Garonne, Ardeche.

(1) Voir *Sur la prétendue stérilité involontaire des femmes ayant exercé la prostitution. Op. cit.*, p. 7, 10, et notamment les statistiques de Lasègue.

Les Extraits de viande. — De quoi sont faits les extraits de viande ? Question délicate et qu'il est peut-être imprudent de vouloir approfondir. Supposer que la chair des vieux chevaux morts d'épuisement ou abattus pour maladie entre pour une grande part dans la confection de ces produits est une hypothèse permise ; mais c'est la plus indulgente. Un jugement récent rendu par une Cour de police anglaise autorise tous les soupçons. Ce jugement a ordonné la destruction de cinquante tonneaux de foies décomposés destinés à être convertis en « délicieux extraits de viande » à l'usage des convalescents. (*Méd. mod.*)

Service de Santé militaire.—Sont inscrits au tableau d'avancement et proposés pour le grade supérieur : 1897. MM. Moussu, directeur à Alger ; Claudot, directeur au 4e corps.— 1898. MM. Madamet, sous-directeur à l'Ecole d'application de médecine militaire ; Robert, professeur à l'Ecole d'application de médecine militaire ; M. Marvaud, directeur au 17e corps.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La création d'une école dentaire à Lyon.

Il est des tendances que l'on ne saurait trop encourager et applaudir, ce sont celles des corporations jadis dédaignées, presque méprisées, malgré leur grande utilité, qui cherchent à conquérir une considération légitime tout en développant les connaissances scientifiques de leurs membres et leur habileté technique. Notre époque assiste à ce courageux effort des dentistes qui, comme les chirurgiens d'il y a deux siècles, entendent jouir du respect et de la considération auxquels toute profession savante et utile a droit. Les chirurgiens-dentistes, qui ont, avec la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, acquis un privilège analogue à celui des médecins, se sont rendus un compte exact de ce qui nuisait jadis au bon renom de leur profession, ils en ont courageusement cherché le remède, qui est le développement de leur instruction scientifique et professionnelle. L'Etat astreignant la pratique de l'art dentaire à des examens probatoires et conférant pour son exercice des diplômes, avait le devoir de créer pour lui un enseignement spécial annexé dans les Facultés de Médecine.

Mais les dentistes n'avaient pas attendu. N'étant pas gênés par des cadres déjà établis, par d'antiques traditions, ils ont voulu être de leur siècle et ont habilement pris l'initiative de leur enseignement professionnel. A Paris, à Bordeaux, ils ont créé des Ecoles dentaires libres, qui sont très florissantes, et ils ont organisé un enseignement pratique et clinique que l'Etat aurait été sans doute impuissant à rendre aussi prospère. Il est nécessaire que le dentiste soit savant, mais il est indispensable qu'il soit habile ; l'enseignement des Facultés de Médecine peut répondre au premier besoin, mais les Ecoles dentaires libres sont bien plus à même de développer l'habileté technique, du reste la preuve en est faite et leur cause est gagnée, du moins à Paris et à Bordeaux. Ce succès d'une œuvre d'enseignement supérieur libre, dû à l'initiative privée en dehors de toute influence confessionnelle ou politique, est assez rare en France pour qu'elle y ait fait sensation et qu'on ait cherché à la développer. Lyon ne pouvait rester en retard sur Bordeaux et dès le début de cette année, il se formait dans cette ville un comité d'initiative pour la création de l'*Ecole dentaire de Lyon*. Le choix d'un chirurgien-dentiste aussi distingué que dévoué à sa corporation, M. le Dr Guillot, comme président du comité, est un sûr garant du succès de l'œuvre entreprise. La solidarité existe chez les dentistes plus que chez les médecins, soit dit en passant) ; la liste de souscription pour la fondation de l'Ecole de Lyon, ouverte il y a à peine un mois, atteint à l'heure actuelle 4.700 francs, dont 1.000 francs ont été versés par l'Association générale des Dentistes de France et plus de 2.000 francs par des dentistes parisiens. Nous ne saurions trop encourager et féliciter M. Guillot et son comité de leurs efforts et nous faisons les vœux les plus sincères pour la fondation et la prospérité de la prochaine *Ecole dentaire de Lyon*.

J. Noir.

Les dangers de l'huile phosphorée.

L'*huile phosphorée* est une préparation des plus dangereuses qui, selon le Codex, contient 1 gramme de phosphore pour 1.000 grammes d'huile lorsqu'elle est destinée à l'usage interne. Dans la pratique on a le plus souvent recours à l'*huile de foie de morue phosphorée* dont voici la formule :

Huile phosphorée à 1 pour 1.000	100	grammes.
Huile de foie de morue. . . .	900	—

Cette huile contient environ 2 milligrammes de phosphore par cuillerée.

Cette huile phosphorée, s'il faut en croire Kassowitz, n'aurait pas d'équivalent dans le traitement du rachitisme. Cependant les accidents d'empoisonnement sont assez fréquents. Nous ne rappellerons pas le cas du Dr Métivier, de Belleville, au dispensaire duquel se seraient un jour produits des accidents, bien que cet honorable confrère eût prescrit, sans inconvénients, durant de longues années, ce dangereux médicament. Un nouvel événement qui a eu son épilogue devant la Cour d'appel de Caen, attire de nouveau sur l'huile phosphorée l'attention des médecins praticiens. Le Dr Massart, médecin du collège de Honfleur, prescrivit à un enfant de 9 ans 1/2 de l'huile de foie de morue phosphorée qui est à 1/10.000e; au bout d'un certain temps, l'enfant devant continuer le traitement, notre honoré confrère se borna à prescrire sur son ordonnance *huile de foie de morue phosphorée*. Le pharmacien donna de l'huile phosphorée au 1/1.000e, la seule inscrite au Codex, mais préparée avec de l'huile de foie de morue, et au bout de peu de temps l'enfant mourut avec des signes d'ictère grave. Poursuivi par la famille, M. Massart et le pharmacien furent acquittés par le tribunal de Pont-Lévêque, puis condamnés par la Cour d'appel de Caen, et ceci malgré l'intervention de MM. Brouardel et Vibert qui démontrèrent que l'enfant n'avait absorbé que 20 milligrammes par jour de phosphore, dose qui ordinairement n'est pas toxique. Que conclure de ce triste accident ? C'est qu'autant que faire se peut, il faut renoncer en thérapeutique, et surtout en thérapeutique infantile, à l'huile phosphorée et lui préférer les glycérophosphates ou les aliments riches en phosphore comme les œufs et la décoction de céréales. En tous cas, le médecin doit formuler complètement la dose de phosphore de la préparation qu'il prescrit, s'il croit devoir recourir à ce dangereux poison : il évitera ainsi l'erreur pharmaceutique dont le Dr Massart de Honfleur est, à notre avis, la bien innocente victime.

J. Noir.

Banquet offert par le Syndicat des Médecins de la Seine aux Médecins membres du Parlement. — Mercredi 22 mars, à 7 h. 1/2, au restaurant Marguery, a eu lieu le banquet offert par le Syndicat des Médecins de la Seine aux Médecins membres du Parlement. La réunion a été empreinte de la plus franche cordalité. M. Comby, président du Syndicat, a dans une courte allocution engagé les confrères du Parlement à former un groupe qui pourra se concerter avec les délégués des Syndicats pour la défense des intérêts professionnels. MM. Pédebidou, Chautemps, ancien Ministre, Chapuis, Chassaing, députés, ont tour à tour pris la parole, tant pour assurer les Médecins syndiqués de leur dévouement que pour répondre à quelques observations de MM. Comby, Noir et P. Archambaud, membres du Syndicat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 *mars* 1899. — Présidence de M. Gellé.

MM. Roger et Garnier. — Dans de précédentes expériences, les auteurs ont pu apprécier l'état du foie en injectant dans le rectum des solutions titrées d'hydrogène sulfureux, la différence entre la quantité exhalée par les poumons et celle injectée représente ce qui est absorbé par le foie: il restait à préciser les influences modifiant l'absorption du foie; l'âge de l'animal: les animaux jeunes présentent une absorption notablement supérieure; de 5 cc., la dose maxima par kilogramme d'animal chez les jeunes lapins, elle ne dépasse pas 4 cc chez les adultes. L'*inanition* fait considérablement fléchir l'action du foie qui, après quatre jours de jeûne, peut ne plus absorber que I cc. 38 par kilog. On observe aussi ces différences en injectant directement dans un rameau de la veine porte; c'est donc bien au foie qu'il faut attribuer cette action. La mauvaise alimentation agit dans le même sens que l'inanition. Un même lapin soumis à des régimes variés présente de notables différences; une nourriture abondante et variée augmente le pouvoir d'arrêt du foie; donc l'excitant naturel de la cellule hépatique doit être recherché dans l'alimentation.

MM. Charrin et Levaditi ont étudié l'*action du pancréas sur les toxines*. Les toxines introduites dans l'intestin sont atténuées d'une part par les sécrétions de la muqueuse, d'autre part par les germes du tube digestif; enfin et surtout par le pancréas et ses produits. L'injection de toxine diphtérique triturée d'une part avec du pancréas, d'autre part avec du tissu musculaire agit différemment; après un séjour de 22 heures à 39°, l'extrait musculaire tue l'animal en provoquant des hémorragies caractéristiques des capsules surrénales. L'extrait pancréatique est sans action ; l'extrait simple de tissu musculaire ne donnant pas des résultats analogues : au contraire, l'extrait avec la glande, fait après avoir chauffé celle-ci à 72°-74°, laissant intacte l'action des toxines diphtériques, c'est donc bien à l'action de l'extrait de pancréas qu'est due l'innocuité de la toxine. Si on injecte en même temps l'extrait pancréatique et la toxine, l'action n'est pas ralentie, au contraire, ce n'est done pas là un processus antitoxique.

MM. Charrin et Guillemonat ont recherché les conditions qui. chez la femme, créent, à l'état de puerpéralité, un milieu favorable aux maladies infectieuses (tuberculose, infections diverses). Outre les émotions, hémorragies, lésions du foie, des reins, invoquées et qui manquent souvent: la plaie placentaire qui ouvre la porte, le passage du sucre (glycose, lactose, exceptionnellement levulose et saccharose) ; les auteurs insistent sur le défaut d'utilisation du glycose par ralentissement de la nutrition. Le manque de consommation du suere conduit à l'hyperglycémie. condition favorable aux infections. D'autre part, des experiences faites sur des cobayes pleines ont montré qu'au cours de la grossesse le fer diminuait considerablement dans la rate, et que cette diminution était proportionnelle au nombre des fœtus; ce qui indique chez la mère une démineralisation remarquée depuis longtemps. On peut affirmer que dans la période puerpérale, l'hyperglycémie et la déminéralisation jouent un rôle notable chez les puerpérales pour faire naître les prédispositions morbides.

M. Marinesco rapporte un cas de *malaria des centres nerveux* Il s'agit d'une femme de 80 ans, ayant eu 39 ,8, et présentant de l'hémiparésie de la moitie droite de la face, et une paraparésie, le membre inferieur droit plus touché. Le système vasculaire est à l'autopsie envahi par l'hématozoaire de Laveran E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 *mars* 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Ostéomalacie masculine.

M. Paul Berger communique un cas d'ostéomalacie chez un homme de 20 ans. Ce fait est remarquable : 1° par la généralité et le degré extrême des déformations osseuses; 2° à cause de son début, qui a été annoncé par l'apparition d'un *genu valgum*; 3° par la consolidation du fémur ostéotomisé pour cette lésion, quoiqu'il fût atteint d'ostéomalacie; 4° par l'absence de toute circonstance étiologique capable d'expliquer le développement de cette ostéomalacie, rare encore comme cas d'ostéomalacie masculine; 5° par la résistance de l'affection à tous les traitements. La thérapeutique a d'ailleurs été gênée. La médication thyroïdienne n'a pu être employée en raison de l'état des reins. La castration double qui, chez la femme, a donné de bons résultats, a été refusée par le malade.

L'étude des échanges nutritifs a été faite par MM. A. Robin et M. Binet. Voici les conclusions de leur important travail : 1° les échanges respiratoires sont accélérés avec prédominance dans la formation de l'acide carbonique et diminution de l'oxygène absorbé par les tissus; 2° pendant la digestion, la production de l'acide carbonique n'augmente pas et l'oxygène en excès est absorbé par les tissus; 3° avec les progrès de l'ostéomalacie, on voit croître les anomalies précédentes.

L'étude des échanges généraux démontre que : 1° les oxydations azotées sont diminuées; 2° l'évolution des matières ternaires est notablement ralentie; 3° les échanges des tissus riches en phosphore et en azote sont réduits; 4° la désassimilation calcique est augmentée.

Les faits précédents ne s'accordent avec aucune des théories courantes de l'ostéomalacie, mais ils peuvent conduire à des applications thérapeutiques dont voici les principales indications : 1° améliorer l'évolution des matières ternaires : *a)* Favoriser leur digestion (maltine et phosphate tribasique de chaux, à la fin des repas) : Jaborandi et boldo, pour stimuler les fonctions pancréatiques et hépatiques; levure de bière; *b)* favoriser l'assimilation (eccoprotiques, cholagogues, massages abdominaux) ; *c)* favoriser l'oxydation (thyroïdine et iodothyrine, inhalations d'oxygène, bains d'air comprimé); 2° augmenter l'oxydation des matières azotées la plupart des médicaments précédents, les strychniques, les ferrugineux; quinquina ou quinine à petite dose) : 3° modérer la déperdition calcique ; accroître la fixation de la chaux par les os; activer les échanges phosphorés (fluorure de calcium et d'ammonium, hypophosphites, glycérophosphates, sels de strontium).

L'appendicite.

M. Le Dentu insiste sur les avantages d'un traitement précoce fait dès le premier jour, avant la production de la péritonite qui aggrave toujours le choc opératoire, et avant la formation d'adhérences.

Elections.

Liste de présentation pour la place vacante de correspondant national : 1re ligne : M. Dupuy (de Toulouse) ; 2e ligne : M. Imbert (de Montpellier) ; 3e ligne : *ex æquo* MM. Carles et Denigès (de Bordeaux) ; Lacour (de Versailles) ; et Leduc (de Nantes).

Ont été élus correspondants nationaux (2e division) : MM. Auffret (de Brest) et Forgue (de Montpellier).

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Seance du 7 *mars* 1899.

Sarcome de la choroïde.

M. Chevallereau présente un malade âgé de 24 ans, porteur d'une tumeur globuleuse siégeant au bord de la papille. On note une différence de 15 D entre la papille et le sommet

de la tumeur. Celle-ci a une vascularisation très développée. Pas d'augmentation de la tension intra-oculaire. Il y aurait eu une chute de cheval en juin 1896. Le traumatisme est à noter parce qu'il a été signalé dans un grand nombre de faits de néoplasmes. Le développement vasculaire des tissus sur lesquels est située la tumeur et les hémorragies qui existent font penser à un sarcome.

Sur une forme particulière d'infection cornéenne à type serpigineux.

MM. Morax et Petit.— Il est intéressant de différencier des kératites suppuratives d'après leurs causes et de savoir à quelles variétés cliniques peuvent donner naissance les infections microbiennes. Au double point de vue pronostique et thérapeutique les résultats sont très appréciables. Dans deux cas d'infections cornéennes à type serpigineux nous avons observé, au lieu du pneumocoque que l'on rencontre le plus souvent dans l'ulcus serpens typique, des bacilles spéciaux qui, par leur abondance et leur présence unique, paraissent avoir joué un rôle pathogénique prépondérant. Ces kératites ont évolué sans douleur et lentement, et se présentaient sous la forme d'un ulcère superficiel à bord progressif, accompagné d'hypopion considérable. Le microorganisme de l'ulcère ressemble au bacille de la conjonctivite subaiguë. Ses caractères les plus importants sont les suivants : sur gélose-ascite et sur gélose, développement d'une culture blanche épaisse, crémeuse. Il liquéfie la gélatine et le sérum coagulé. Dans le bouillon-ascite développement abondant, faible dans le bouillon peptoné ordinaire; se décolore par la méthode de Gram, se multiplie facilement à une température comprise entre 15 et 37°; n'est pas pathogène pour les animaux tels que le cobaye, la souris, le lapin. Ce microorganisme a été rencontré dans un cas de kératite suppurative chez un granuleux; mais il existait de vives douleurs, et il y avait en outre un autre bacille.

M. Boucheron.— Y avait-il des microbes dans l'hypopion? Quelle est l'action bactéricide de l'humeur aqueuse?

M. Valude.— L'hypothèse d'un pouvoir bactéricide de l'humeur aqueuse ne cadre pas avec la facilité de l'inoculation de la tuberculose dans la chambre antérieure.

M. Morax. — L'ensemble des caractères que j'ai exposés différencie suffisamment cette kératite de l'ulcère serpigineux. Le pus de la chambre antérieure était stérile, mais on ne possède aucun fait précis démontrant le pouvoir bactéricide de l'humeur aqueuse. Il n'est pas d'ailleurs nécessaire que le microbe pénètre dans la chambre antérieure pour provoquer la suppuration. Le streptocoque existe souvent dans l'hypopion des infections streptococciques. On sait, d'autre part, que l'humeur aqueuse est un milieu de culture favorable pour la bactéridie charbonneuse. Si tant est que ce pouvoir bactéricide existe, il faudrait admettre qu'il est spécialisé pour un certain nombre d'affections et nul pour d'autres. Koenig.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 13 mars 1899. — Présidence de M. Bouchereau.

M. le Secrétaire général Motet communique un rapport médico-légal de M. Perrin de la Touche (de Rennes), sur une *cause exceptionnelle de syncope au moment de l'accouchement.* — Il s'agit d'une femme soupçonnée d'infanticide qui alléguait une syncope au moment de l'accouchement pendant laquelle l'enfant serait mort. L'autopsie donne les renseignements suivants : enfant du sexe masculin, né à terme, de poids normal. Le cordon avait été coupé à quelques centimètres de l'ombilic et lié. Le corps ne présentait aucunes traces de violences. Pas de corps étrangers dans les voies aériennes, pas d'ecchymoses sur les plèvres, les poumons avaient respiré et le cœur contenait du sang liquide. Bosse cranienne séro-sanguine. En somme, l'autopsie donnait comme conclusions : enfant né viable, ayant respiré, mort par asphyxie, pas de traces de violences. La mère est une ouvrière couturière de 21 ans, chétive, bossue, primipare, qui à aucun moment n'avait caché sa grossesse; elle comptait faire ses couches à l'hôpital. Voici ce qu'elle raconte : un dimanche matin, elle fut prise de coliques auxquelles tout d'abord elle ne fit aucune attention. Dans l'après-midi les douleurs devenant plus intenses, elle appela ses voisins qui ne répondirent pas. Au bout de fort peu de temps, la tête était à la vulve, la femme la sentait avec la main; elle s'étendit alors sur son lit, continuant à appeler, mais en vain. La parturiente entra alors dans cette période, si bien dénommée phase de désespoir, dans laquelle la femme croyant à chaque instant être délivrée, fait des efforts surhumains; mais l'expulsion tarde et au milieu de douleurs de plus en plus fortes, l'attente devient insupportable. C'est alors, que craignant pour la vie de son enfant et pour activer le travail, elle songea à agrandir l'orifice vulvaire. Elle prit ses ciseaux de couturière, en introduisit une branche entre la tête et la vulve en la conduisant avec le doigt, afin de ne pas blesser son enfant, et des deux mains ferma avec force les ciseaux. A ce moment elle perdit connaissance. En revenant de sa syncope, elle trouva l'enfant et le placenta entre ses cuisses. Elle coupa elle-même le cordon, en fit la ligature et prit son enfant qui ne donnait aucune signe de vie. L'examen génital montra une vulve très tuméfiée, avec une plaie à bords nets, partant de la commissure postérieure et présentant 2 centim. 1/2 de hauteur. Elle se continuait par une vaste déchirure du périnée, l'anus avait été respecté. En un mot, la plaie représentait l'incision préconisée par Tarnier.

M. Perrin de la Touche termine son rapport en concluant : qu'à part la plaie du périnée, il est impossible de vérifier ce que cette femme rapporte, mais que l'on a toute raison de croire que la syncope alléguée est véritable. En présence de ces conclusions, le juge d'instruction rendit une ordonnance de non-lieu.

M. Briand communique un rapport médico-légal de M. Cullerre (de La Roche-sur-Yon) sur l'*odyssée d'un simulateur.* — Il s'agit d'un individu à antécédents héréditaires peu connus. Jusqu'à 19 ans, il mène une vie incorrecte et vagabonde, puis de 1879 à 1894 il se fait arrêter maintes fois pour vagabondage, vol et fabrication de fausse monnaie. Dès qu'il est en prison, son état mental change du tout au tout, des idées délirantes surviennent, hallucinations et idées de persécution. Examiné par de nombreux experts, il est interné cinq fois dont trois fois à l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon. M. Cullerre, dans son rapport, retrace point par point sa vie, ses délits, ses condamnations et ses différents et nombreux internements. Il insiste sur les actes qu'il commet dès qu'il est sorti des maisons d'aliénés, d'abord vagabondage, puis escroquerie, vol, enfin fabrication de fausse monnaie, toutes choses paraissant, d'après lui, incompatibles avec les idées délirantes qu'il montre lorsqu'il est arrêté. M. Cullerre conclut à la responsabilité entière de V..., qui n'est pas, pour lui, un aliéné, mais un simulateur. Il fait suivre son rapport de quelques réflexions personnelles, attirant l'attention des experts sur la contradiction qu'il peut y avoir entre le délire et les actes du même individu. Il rappelle que M. Motet, au Congrès d'Angers, a déjà attiré l'attention sur ce point délicat qui est d'une réelle importance au point de vue médico-légal. G. Carrier.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr Ch. Mirallié (de Nantes).

(Voir p. 156-157.)

IX. — Essai sur la cure préventive de l'hystérie féminine par l'éducation ; par Mlle G. Déga. (Alcan, Paris, 1898.)

IX. — Dans cette thèse, soutenue devant la Faculté de Bordeaux, Mlle Déga étudie les causes de l'hystérie féminine, et incrimine particulièrement l'éducation que reçoit la jeune fille. Souvent nerveuse elle-même, la mère est incapable de donner à sa fille une direction suivie et juste, éloignée de tout excès de faiblesse ou de sévérité; elle punit ou récompense à tort et à travers; laisse passer en riant une faute grave et sévit durement pour une peccadille. Trop souvent aussi on flatte l'orgueil de l'enfant, l'exhibant en public à jouer des saynètes, réciter des fables, en véritable enfant-bibelot. « Rien n'est plus favorable au développement de l'hystérie que l'éducation donnée couramment aux jeunes filles. » A toute jeune fille prédisposée une éducation spéciale est de rigueur, dans la famille, si elle est capable de la lui donner, dans une pension choisie,

si la mère est incapable de cette direction. « L'éducation ne veut pas de caprices, mais un juste équilibre dans les procédés; jamais d'inégalités, si on veut créer la psychicité de l'enfant. Une sévérité bien comprise, égale et sans caprice, est encore le meilleur, le seul moyen d'assurer la synthèse des divers éléments du moi chez l'enfant. » Il faut avant tout éviter de cultiver la sensibilité de l'enfant, sensiblerie si bien portée dans certains milieux; ne plus faire pleurer l'enfant sur les malheurs du petit Poucet, ni du petit Chaperon rouge. Cultiver de bonne heure l'attention, mettre l'enfant en possession absolue de ses facultés psychiques, développer la volonté, tel est le but à atteindre.

Fort intéressante dans ses développements, cette thèse est aussi consolante. En faisant toucher du doigt une des causes les plus efficientes du développement de l'hystérie, elle restreint le rôle de l'hérédité et montre comment on peut, en partie au moins, s'en affranchir. Elle mérite d'être lue avec attention par les mères de famille et par quiconque intéresse l'avenir de l'enfant.

X. — **Etude clinique du béribéri**; par Grimm. (S. Karger, Berlin, 1897.)

X. — Dans cette monographie très complète et très intéressante, l'auteur s'attache surtout au côté clinique de la question. Pendant un séjour de 5 ans à Yezo, Grimm a eu à soigner annuellement un nombre considérable de malades (500 à 1.000) atteints de béribéri; ce livre est le résultat de son expérience personnelle.

Le béribéri s'annonce toujours par le complexus symptomatique suivant : 1° Augmentation de la fréquence du pouls et de l'excitabilité du cœur ; 2° sensation de constriction thoracique avec augmentation de la fréquence respiratoire; 3° paresthésie des jambes; 4° exagération du réflexe patellaire; 5° douleur à la pression et gonflement de la musculature des membres inférieurs; 6° œdème de la peau (face antérieure du tibia, dos du pied, face) ; plus rarement : 7° inertie intestinale, perte de l'appétit; 8° sensation de fatigue; 9° diminution de la sensibilité dans certains territoires cutanés; 10° toujours il y a élévation de la température.

Après avoir étudié les rechutes et récidives, la durée de l'incubation (deux semaines de par sa propre observation), l'auteur étudie en détail chaque symptôme : état du réflexe patellaire, qui s'exagère d'abord pour disparaître ensuite; température élevée d'abord pour s'abaisser ensuite; œdème cutané, des séreuses, des viscères, gonflement des muscles; atrophie des muscles; état du cœur, des muscles lisses, état des nerfs périphériques; troubles de la sensibilité ; état des urines.

La division classique du béribéri en plusieurs formes ne sert qu'à empêcher toute compréhension rationnelle de la maladie. L'auteur distingue deux variétés : le béribéri simplex dû à une seule intoxication par le virus d'ailleurs inconnu; et le béribéri multiplicateur ou accumulateur où le virus a été absorbé à plusieurs reprises. La première forme comprend dans son évolution trois périodes : incubation, ou température ascendante; état ou température stationnaire; convalescence ou température normale. Le béribéri accumulateur constitue une série de rechutes qui peuvent se produire à toute période de la maladie. La mort peut survenir de diverses manières (cœur, poumon, etc.).

L'auteur étudie ensuite l'influence du sexe, de l'âge (immunité de l'enfance), des saisons et donne la dissémination géographique de la maladie dans l'Asie orientale.

L'étiologie est encore très obscure; l'on sait seulement que le virus est absorbé avec l'alimentation, en particulier avec le poisson cru ou pas assez cuit.

Tels sont les principaux chapitres de ce livre qui constitue une des meilleures monographies que nous ayons sur ce sujet.

XI. — **Symptômes objectifs des névroses traumatiques**; par Rosenthal. *Monatschs. f. Unfallheilkunde*, 1897.

XI. — A la conception de la névrose traumatique d'Oppenheim manquait l'existence de symptômes objectifs. Rumpf crut combler cette lacune et en décrivit trois : en pressant certains points douloureux, les pulsations du cœur augmentent de fréquence (traumatische Herzaction); contractions fibrillaires des muscles, se produisant spontanément quand le malade après une course met à nu ses jambes ou quand on fait passer pendant une ou deux minutes un courant faradique tétanisant (traumatische Reaction); diminution de l'excitabilité galvanique.

A la clinique du Pr Mendel, Rosenthal a pu examiner 54 cas de névrose traumatique, chez lesquels il a recherché les deux premiers symptômes de Rumpf; trente-neuf fois il a recherché l'augmentation des pulsations cardiaques : six fois seulement Rosenthal a vu le pouls s'élever de vingt pulsations à la minute, trois fois au plus d'une façon constante, trois fois d'une façon inconstante. Par un exemple frappant l'auteur montre que la fréquence du pouls dépend de l'état psychique du malade.

Pour le second symptôme, « traumatische reaction, » Rosenthal l'a recherché sur 49 malades. Cinq fois seulement il l'a rencontré et encore pas d'une façon constante.

Ces deux symptômes n'ont donc pas la valeur que leur attribue Rumpf ; la névrose traumatique ne se différencie par rien d'essentiel, que par son origine, des autres névroses; il n'existe pas de signe objectifs de cette prétendue névrose traumatique.

XII — **Des affections post-traumatiques**; par Sænger. (F. Enke. Stuttgart, 1896.)

XII. — La question des affections nerveuses post-traumatiques est une des plus difficiles et des plus délicates avec lesquelles le médecin puisse se trouver aux prises; souvent de graves questions de responsabilité sont engagées, et l'expert, se défiant de la simulation, est parfois en présence de difficultés insurmontables.

Dans ce petit livre fort intéressant et digne d'être lu, Sænger a suivi un plan original mais très logique. Son premier chapitre est consacré aux travailleurs normaux qui jamais n'ont été victimes de traumatisme. Sur 119 de ces ouvriers, huit fois l'auteur a trouvé un retrécissement bilatéral du champ visuel, « symptôme nullement pathognomonique de la névrose traumatique, mais que l'on rencontre aussi dans l'hystérie, la neurasthénie, l'hypocondrie, d'autres névroses et même dans l'alcoolisme, le tabagisme, la maladie de Basedow, l'anémie et à la période de début de la syphilis ». Dans 4 0/0 des cas, il a trouvé des troubles de la sensibilité, surtout sous forme d'hypalgésie. L'exagération des réflexes est si fréquente que Sænger n'attribue aucune valeur pathologique à ce symptôme.

En dehors du traumatisme les ouvriers ont de nombreuses raisons de faire une affection nerveuse : l'acoolisme, le tabagisme, la syphilis, le surmenage, le défaut d'alimentation, l'artério-sclérose et la tare héréditaire.

Existe-t-il des signes pathognomoniques de la névrose traumatique ? Il n'y en a aucun et le terme de névrose traumatique sert davantage à embrouiller qu'à éclairer la question. Les signes de la névrose traumatique peuvent se rencontrer chez des individus qui restent capables de travailler, n'ont jamais réclamé de rentes et n'ont même jamais songé à en réclamer. Si les névroses traumatiques ont beaucoup augmenté dans ces derniers temps, il faut incriminer, entre antre causes, la législation des assurances contre les accidents.

Mais il faut déjouer la simulation. L'auteur attribue une grande valeur à la recherche du champ visuel et indique différents procédés pour contrôler les dires du malade. Il enseigne deux procédés pour éprouver la sensibilité du malade. La simulation est d'ailleurs rare. Le pronostic de la névrose traumatique serait moins sombre que l'a fait Oppenheim.

Cheveux roux, blonds ou bruns. — Un médecin anglais, le Dr Thomson, a constaté que les chevelures rousses sont moins sujettes à la chute que toutes les autres. Il en donne cette raison : les cheveux roux sont généralement très gras; 30.000 suffisent à couvrir convenablement une tête, tandis qu'il en faut 105.000, en moyenne, c'est-à-dire plus du triple pour ombrager le crane d'un brun. Quant aux blonds et aux blondes, avec 30.000 cheveux, ils sembleraient presque chauves; aussi en ont-ils couramment de 140.000 à 160.000. Cinq cheveux blonds occupent donc, en moyenne, la même surface qu'un cheveu roux. (*British Medical Journal.*)

CORRESPONDANCE

—

Samuel Fuchs,
Auteur de la « Metoposcopia et Ophtalmoscopia »

Dans son numéro du 30 juillet 1898 le *Progrès médical* a publié un mémoire de Lemesle intitulé « Un précurseur de Lombroso au XVIIe siècle ». Un extrait de cette communication se trouve dans le dernier fascicule du *Janus* (novembre-décembre 1898 p. 302-303).

M. Lemesle rapporte que le Pr Mantovani a trouvé à Bergame un petit livre rare sur lequel le Dr Antonini (de Bergame) a attiré l'attention. Je ne sais s'il faut comprendre que M. Antonini a fait imprimer quelque chose au sujet de cet ouvrage.

On ne donne pas le titre du livre, M. Lemesle dit seulement que le nom de l'auteur est Samuel Fuchsius et que l'ouvrage, imprimé en 1615, renferme une *metoposcopia* et une *ophtalmoscopia* avec des figures. Il traite l'auteur de « précurseur de Lombroso » et cherche à justifier cette manière de voir par l'examen rapide du contenu de l'ouvrage. Comme M. Lemesle ne semble pas connaître l'auteur du livre, Samuel Fuchsius, et qu'il ne donne pas exactement le titre de celui-là, il me semble indiqué de dire ici quelques mots sur Samuel Fuchsius et son ouvrage.

Samuel Fuchs était un savant allemand qui fut professeur d'éloquence de 1618 à 1690 à l'Université de Kœnigsberg. Il était né le 27 novembre 1588 à Cöslin en Poméranie. Son père se nommait Valentin, et sa mère Ursula, née Knobs. Samuel Fuchs fréquenta l'école de sa ville natale, puis il étudia à Kœnigsberg en Prusse et à Strasbourg en Alsace. Il voyagea en Italie, revint en 1616 à Kœnigsberg et y conquit le titre de *magister de philosophie*. Bientôt après, en 1618, il fut nommé *professeur d'éloquence*, et un peu plus tard *inspector alumnorum*. Il se maria avec Anna Fasmer, fille d'un orfèvre du Kneiphof, et mourut le 1er avril 1630.

S. Fuchs a pendant son séjour à Kœnigsberg, publié divers mémoires latins sur des sujets historiques, qui ne nous intéresseraient pas ici. Il a aussi, ce qui est très remarquable pour l'époque où il vivait, écrit des vers en langue allemande. Dans la vieille Bourse de Kœnigsberg, une grande salle contenait beaucoup de peintures murales : les épigraphes en vers étaient de Samuel Fuchs.

Le petit ouvrage qui a valu à Fuchs le titre de précurseur de Lombroso, a été composé en 1615, c'est-à-dire à une époque où Fuchs habitait encore Strasbourg. Son titre est le suivant :

Samuelis Fuchsii Cuslino Pomerani

METOPOSCOPIA ET OPHTALMOSCOPIA

Argentinæ, Excudebat Theodosius Glaserus, Sumptibus Pauli Ledertz MDCXV

Le format est un petit octavo, il y a 8 feuillets non chiffrés 140 pages et 23 portraits gravés sur bois dans le texte.

Je ne sais pas si l'ouvrage est réellement rare, comme le pensent Antonini et Lemesle. La bibliothèque de la ville de Kœnigsberg en possède un exemplaire, celle de l'Université de Berlin en a un autre, il y en a 2 à la Faculté de Médecine de Paris.

Examinons rapidement le livre lui-même. Après une préface, la *metoposcopia* est traitée en 15 chapitres (p. 1-86), puis vient l'ophtalmoscopie en 19 chapitres (p. 87-140). La préface se termine par cette formule : *Datæ Argentinæ in nostro, ut vocamus, Belgio dess Thiergartens*, 23 julii anno 1615. L'ouvrage constitue un manuel de physiognomique illustré par des exemples, des figures et des citations tirées de divers auteurs. Mais l'auteur ne donne pas une physiognomique complète, mais deux de ses parties ; la métoposcopie, c'est-à-dire une méthode pour juger des qualités d'un homme d'après la forme du front, et l'ophtalmoscopie, c'est-à-dire l'art d'utiliser dans le même but la conformation des yeux. Il ne m'est pas possible de décider jusqu'à quel point Fuchs s'est servi de ses observations personnelles. Quand il a écrit ce livre, il n'était âgé que de 27 ans, et ne pouvait par suite encore avoir rassemblé des observations bien nombreuses. Il me semble que ce livre n'est qu'une collection d'idées émises par des écrivains plus anciens ou contemporains.

Je ne décide pas pour le moment s'il est justifié de traiter Fuchs de précurseur de Lombroso, si les pensées qu'il a exprimées sont d'une nature telle qu'elles puissent être comparées aux vues émises par Lombroso. Pour trancher cette question, il faudrait un examen approfondi de l'ouvrage, que je ne puis faire en ce moment. Peut-être me déciderai-je à l'entreprendre un jour.

Il est à noter que Samuel Fuchs avait, dans la ville qu'il habitait, la renommé d'être un physionomiste. Pisanski s'exprime ainsi à son égard (1) : « Il s'attribuait lui-même une grande habileté dans cet art ; d'après le bruit public, il était capable de deviner le caractère des hommes d'après les traits de leur figure et il en avait donné des preuves nombreuses. »

L. STIEDA,
Professeur à l'Université de Kœnigsberg.

VARIA

—

Cours et Conférences de la Faculté de Médecine de Paris.

Session extraordinaire pour le troisième examen en vue du diplôme de chirurgien dentiste. — Conformément à l'arrêté du 20 février 1899, une session extraordinaire pour le troisième examen en vue du diplôme de chirurgien dentiste s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pendant le mois d'avril 1899. — Consignations. Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), le lundi 20 et le mardi 21 mars 1899, de midi à 3 heures. — Dates des examens. Les examens auront lieu du 10 au 15 avril 1899.

Conférences de pathologie interne. — M. Thiroloix, agrégé, les mardis, jeudis et samedis (petit Amphithéâtre de la Faculté) à 5 heures.

Cours complémentaire de pathologie externe. — M. Walther, agrégé, les mardis, jeudis et samedis (grand Amphithéâtre de la Faculté), à 5 heures.

Exercices pratiques de médecine opératoire spéciale sous la direction de MM. TERRIER, professeur, et HARTMANN, agrégé. — *Premier cours.* Opérations sur l'appareil urinaire, par M. Gosset, prosecteur. — *Deuxième cours.* Opérations sur les os et les articulations, par M. Fredet, prosecteur. — *Troisième cours.* Opérations sur l'appareil digestif et ses annexes, par M. Savariaud, prosecteur. — *Quatrième cours.* Opérations gynécologiques, par M. Cunéo, prosecteur. — *Cinquième cours.* Opérations de pratique courante, par M. Riche, prosecteur. — Le premier et le deuxième cours auront lieu en avril, le troisième en mai, le quatrième et le cinquième en juin 1899. Une affiche spéciale indiquera la date exacte de l'ouverture de chacun de ces cours. Le nombre des élèves admis à chacun de ces cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 fr. pour chaque cours. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Cours libres, autorisés pour le 2e semestre de l'année scolaire 1898-1899, par le conseil de l'Université de Paris, le 27 février 1899. — MM. les Drs Bérillon, psychologie physiologique et pathologique. Applications de l'hypnotisme, mardis et samedis, à 5 heures, Amphithéâtre Cruveilhier, mardi 18 avril 1899. — Dunogier, pathologie et thérapeutique dentaires, mercredis et vendredis, à 6 heures. Amphithéâtre Cruveilhier, mercredi 19 avril 1899. — Gaube, cours de minéralogie biologique. Minéralisation comparée du tissu musculaire dans la série animale, mardis et samedis à 4 heures, Amphithéâtre Cruveilhier, mercredi 19 avril 1899. — Petit (Georges) stomatologie clinique et thérapeutique, jeudi, à 5 heures, Amphithéâtre Cruveilhier, jeudi 20 avril 1899.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques, obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'été, sont : *Doctorat* nouveau régime, 1re année, histologie, physiologie ; 2e année, physique biologique, histologie, physiologie ; 3e année, chimie pathologique, médecine opératoire. Ancien régime, 2e année, histologie, physiologie ; 3e année, physiologie ; 4e année, médecine opératoire. *Officiat*, 2e année, physiologie ;

(1) Entwarf einer preussischen Litteraturgeschichte, 1790.

3e année, physiologie; 4e année, médecine opératoire. Ces travaux ont lieu depuis le 14 mars 1899, aux jours et heures ci-après indiqués, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. 1° *Physique biologique*, sous la direction de M. Weiss, agrégé, chef des travaux : lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 3 heures. 2° *Histologie*, sous la direction de M. Retterer, agrégé, chef des travaux : lundi et mercredi, de 9 heures à 11 heures du matin, pour les élèves de première année; jeudi et samedi, de 1 heure à 3 heures, pour les élèves de deuxième année. 3° *Physiologie* (démonstrations pratiques), sous la direction de M. Laborde, membre de l'Académie de Médecine, chef des travaux : mardi, jeudi et samedi, de 9 heures à 10 heures et de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 du matin, pour les élèves de première année; lundi et vendredi, de 3 heures à 4 heures, pour les élèves de deuxième année (salle de démonstrations de physiologie, à l'Ecole pratique). 4° *Chimie pathologique*, sous la direction de M. Hauriot, agrégé, chef des travaux, mardi, jeudi et samedi, de 1 heure à 3 heures, à l'Ecole pratiques MM. les étudiants seront convoqués par lettre indi- 1899 (2e et 6e : nou- l'ordre de la prise de l'inscription ancien régime). Il leur est recommandé : veau régime; 6e et 10e : 1° de prend- régulièrement l'inscription d'avril, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Max DURAND-FARDEL, Membre associé de l'Académie de Médecine.

Le Dr M. Durand-Fardel, dont nous avons le regret d'annoncer la mort, est né à Paris en 1815.

Interne des hôpitaux en 1835, il passa ses quatre années d'internat à la Salpêtrière et à Bicêtre et y réunit les nombreuses observations sur l'anatomie pathologique et la clinique spéciale qui lui ont permis de rédiger son *Traité du ramollissement du cerveau* (1842) couronné par l'Académie de Médecine, et son *Traité des maladies des vieillards* (1853), 2e édition (1873), ouvrages qui jouissent encore d'une réputation méritée. Il fut alors admis à la Société anatomique dont il devint secrétaire et vice-président.

En 1842, sans fortune, M. Durand-Fardel dut d'abord, pour vivre, exercer la médecine dans une petite localité du Loiret, à Châtillon-sur-Loing où il se maria.

Découragé par la médiocrité de sa situation, il revint à Paris vers 1848, voulant à toute force sortir de la médiocrité. Après un concours pour les hôpitaux, sur le conseil de Tardieu, il vint s'installer à Vichy où il débuta en 1848 sous les auspices de Prunelle. Il se destina dès lors à l'étude des Eaux minérales et y consacra ses loisirs de la saison d'hiver.

Il fonda la Société d'Hydrologie médicale de Paris avec Mélier, Gerdy, De Lauris, de Puisaye, Lhéritier et Lebret et en fut successivement secrétaire général, président et président honoraire. Cette société eut, dans le développement de l'hydrologie en France, un rôle des plus puissants et des plus efficaces.

En 1860, il inaugura à l'Ecole pratique son cours sur les *Eaux minérales et les maladies chroniques*, cours qui a été continué pendant vingt-cinq ans, et n'a cessé que devant les difficultés croissantes que rencontre chez nous l'enseignement libre (1).

Peu de médecins eurent une carrière aussi féconde. En 1857 il publia son *Traité des Eaux minérales de la France et de l'étranger* (Germer-Baillière, 1857; 3e édition en 1883), qui servit de modèle à tous les ouvrages d'hydrologie publiés depuis.

En 1860 il écrit avec Lebret et Lefort le *Dictionnaire général des eaux minérales* (J.-B. Baillière, *épuisé*). En 1866, les *Lettres médicales sur Vichy*. En 1868, le *Traité pratique des maladies chroniques* (2 vol., Germer-Baillière). En 1869, le *Traité clinique et thérapeutique du diabète* (1 vol., Asselin).

Enfin de nombreuses brochures sur toutes les questions touchant à l'hydrologie, depuis les grandes discussions pathogéniques (arthritisme, diathèses, etc.) jusqu'au fonctionnement des établissements thermaux tant civils que militaire.

Membre correspondant de l'Académie en 1846, *membre associé national* en 1885, il était chevalier de la Légion d'honneur en 1859.

(1) Ce cours a été publié (Alcan, 2e édit., 1885).

Il fut en outre inspecteur des sources d'Hauterive près Vichy. Ce fut M. Max Durand-Fardel qui organisa en 1886 le premier *Congrès d'Hydrologie et de Climatologie* à Biarritz, dont il fut président.

Très attaché à l'*Association générale des Médecins de France* dès son origine, il y fit de fréquents rapports, présida la Société locale de l'Allier et siéga au Conseil.

Ses nombreuses publications ont un caractère large et pratique, quelque soit le sujet qu'il y traite.

Chargé en 1875 d'une mission en Chine, où il allait, entre deux saisons de Vichy, voir sa fille mariée à Shang-Haï, il en revint avec un Rapport officiel *Sur les conditions sanitaires des ports ouverts en Chine*, une étude *au Milieu.* et une autre sur par un deuil cruel, il ne publia plus que de rares opuscules médicaux, et se donna entièrement à l'étude de la langue italienne et surtout à celle de *Dante*. Jusqu'à la fin de sa vie, il se consacra à l'étude de son auteur favori et publia sur lui chaque année le résultat de ses travaux. En 1893 ce fut une plaquette éditée par Ollendorf, donnant une vue d'ensemble sur la vie et la personnalité du poète.

En 1894, il faisait une conférence à la Sorbonne (Société d'études italiennes) ayant pour titre *Une vue du Paradis*, que publia la *Nouvelle Revue*. En 1895, il donnait une traduction libre de la *Divine Comédie*, sorte d'adaptation du poème, destinée à le vulgariser. En 1896, dans une nouvelle conférence à la Sorbonne, il traitait de *la personne du Dante dans la Divine Comédie*; puis, en 1897, *Dante et Béatrice dans la Vita nuova*. Enfin, en 1898, chez Fasquelle, il donnait une traduction avec commentaires de la *Vita nuova*.

Dans les derniers mois de sa vie, il méditait encore une publication de comédies italiennes du xve siècle, dans lesquelles il lui semblait trouver les origines de notre théâtre français.

Telle fut la vie si bien remplie de Max Durand-Fardel qui, après avoir occupé dans le monde scientifique et médical une place enviée, sut par l'étude des belles lettres charmer une verte vieillesse.

M. le Dr GIBERT (du Havre.) Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Le Dr Gibert vient de mourir à l'âge de 70 ans. Né à Satigny, près Genève, docteur en 1859, il vint s'établir au Havre en 1860, où il fit toute sa belle carrière de médecin et de philanthrope. Le premier il créa un dispensaire gratuit pour les enfants malades et organisa le bureau d'hygiène de cette ville. Officier de la Légion d'honneur après l'épidémie de choléra de 1892, au cours de laquelle il avait donné tant de preuves de science et de dévouement. Républicain sincère, il fut conseiller municipal du Havre de 1878 à 1881. M. le Dr Gibert s'occupa durant toute sa vie de questions d'hygiène et d'assistance, il fut membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, membre correspondant de l'Académie de Médecine. Il s'intéressa aussi particulièrement aux questions de médecine professionnelle, prit une part active au mouvement syndical du corps médical français, fut le premier président de l'Union des Syndicats médicaux de France dont il était président d'honneur. En un mot, tant parmi ses confrères que dans la population du Havre, M. le Dr Gibert jouissait d'une autorité et d'une popularité bien légitimes. J. Noir.

FORMULES

XLV. — Pour frictions révulsives et stimulantes.

Alcoolat de genièvre.	120 grammes.
Alcoolat de lavande.	60 —
Essence de térébenthine	30 —
Menthol	àà 0 gr. 50 centigr.
Thymol	

(Huchard.)

XLVI. — Entérocolite muco-membraneuse.

Mucilage de pépins de coings.	500 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	àà 10 —
Salicylate de bismuth	

Lavement à garder le plus longtemps possible après un lavement ordinaire qui aura été rendu. (Revillod.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 mars au samedi 11 mars 1899, les naissances ont été au nombre de 1.245, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 468, illégitimes, 179. Total, 647. — *Sexe féminin* : légitimes, 436, illégitimes, 162. Total, 598.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 5 mars au samedi 11 mars 1899, les décès ont été au nombre de 1.195, savoir : 614 hommes et 581 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 4. T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. [illegible] M. 6, F. 13, T. 19.—Scarlatine : M. 4, F. 0, T. 4. F. 3, T. 3. — Grippe : [illegible] — Diphtérie. Croup : M. 0. naire : M. 125, F. 91, T. 216. — Méningite tuber[illegible] pulmo- F. 16, T. 28. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 8, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 33, T. 51. —Méningite simple : M. 16, F. 9, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 41, F. 19, T. 60. — Paralysie, M. 7, F. 8, T. 15. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 2, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 40, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 8, T. 21. — Bronchite chronique : M. 25, F. 13, T. 38. — Broncho-pneumonie : M. 24, F. 35, T. 59. — Pneumonie : M. 35, F. 42, T. 77. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 45, F. 53, T. 98. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 12, T. 18. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 12, F. 35, T. 47. — Suicides : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres morts violentes : M. 9, F. 8, T. 17. — Autres causes de mort : M. 91, F. 71, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 14, F. 4, T. 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 15. Total : 36.

CONCOURS DES MÉDECINS DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le dernier concours vient de se terminer par la nomination de MM. Ernest Dupré, Aviraguet et Lamy.

LES MÉDECINS DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE. — A la suite d'une entrevue avec M. Lucipia, président du Conseil municipal, les Médecins de la Préfecture de la Seine ont décidé d'entrer d'abord en fonctions et de préparer ensuite un mémoire où ils appuieront, par des faits, la justesse de leurs réclamations.

SERVICE DE SANTÉ MARITIME. — M. Infernet, médecin principal du port de Toulon, est désigné au douzième tour pour aller servir au premier dépôt à Cherbourg, en remplacement de M. le Dr Couteaud. M. Roux-Freissineng, médecin de 1re classe, du port de Toulon, est désigné au dixième tour pour embarquer sur *l'Epervier* (escdre du Nord), en remplacement de M. le Dr Bonin. M. Nicolas, médecin principal du cadre de Cherbourg, est désigné au premier tour pour servir au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest. M. Gouzer, promu médecin principal, est maintenu dans son nouveau grade au port de Brest. M. Sisco, médecin de 2e classe aux troupes en Nouvelle-Calédonie, et promu au grade de médecin de 1re classe, est affecté au service général à Rochefort. M. Prigent, médecin de 2e classe au 2e régiment d'artillerie à Brest, est désigné pour servir aux troupes en Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. le Dr Sisco. M. Prigent rejoindra sa destination par le paquebot partant de Marseille le 23 avril 1899. MM. Guittou, médecin de 1re classe au 7e régiment d'infanterie de marine à Rochefort; Barot, médecin de 2e classe au 1er régiment à Cherbourg, et Foucheraud, médecin de 2e classe au 3e régiment à Rochefort, sont désignés pour remplacer au régiment de tirailleurs soudanais : MM. Sévère, médecin de 1re classe, Roquemaure et Prouvost, médecins de 2e classe; MM. Guittou, Barot et Foucheraud rejoindront leur destination par le paquebot partant de Bordeaux le 7 avril prochain.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel de l'Internat en Médecine des Hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 29 avril 1899 à 7 h. 1/2, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Pr Dieulafoy.

HYSTÉRIE CHEZ UN CHAT ET CHEZ UN SERIN. — Higier (de Varsovie) publie les cas suivants dans le *Neurologisches Centralblatt*. Un petit chat de neuf mois, gai, aimant à jouer avec les enfants, fut mordu au dos par un chien. Il ne remuait plus en courant que les pattes antérieures et trainait le tronc et les pattes postérieures qui étaient anesthésiées, la queue était également paralysée. Il semblait qu'on lui eût tranché la moelle. Un jour il tomba du premier étage : il fut instantanément guéri. Il est évident qu'il s'est produit un effet psychique ; le caractère hystérique de la paralysie est démontré en outre par la conservation des fonctions des intestins et de la vessie. A remarquer que la mère du chat souffrit pendant sa gravidité de convulsions cloniques. Un serin fut attaqué par un chat qui arracha la cage du mur. L'oiseau ne fut pas touché, mais il gisait raide au fond de la cage. On le réveilla en lui jetant quelques gouttes d'eau : il redevint gai et mangea comme d'ordinaire, mais il resta muet. Ce n'est qu'après six semaines que l'aphonie disparut. (*Echo méd. du Nord*.)

JOURNAUX ET REVUES MÉDICALES. — La *Revue internationale de rhinologie, otologie, laryngologie et phonétique expérimentale* subit une transformation complète ; paraissant une fois par mois, cette revue sera désormais dirigée par M. le Dr Marcel Natier, chef du service de rhinologie, otologie et laryngologie de la Policlinique de Paris, et M. l'abbé Rousselot, directeur du labo- Dr Paul [illegible] phonétique expérimentale au Collège de France. M. le [illegible] Burguet en sont les secrétaires de la rédaction.

ÉTUDIANT EN MÉDECINE, quatrième année, externe des Hôpitaux, désirerait emploi dans clinique particulière ou établissement d'Assistance privée. Ecrire A. Roblot, 11, rue d'Ulm.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'appareil digestif* : MM. Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux et Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux : samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi à 10 heures du matin.

ASILE DE VILLEJUIF. — *Clinique psychiatrique*. — Service de M. TOULOUSE. Le vendredi à 9 h. 1/2, visite dans les salles. Conférences cliniques au lit des malades. (Tramway : Chatelet-Villejuif ; trajet : 1 heure.)

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr P. BUDIN a repris ses leçons de Clinique obstétricale (semestre d'été), le samedi 11 mars, à 10 heures du matin et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Visite des malades tous les jours à 9 heures. — Un cours complet d'accouchement sera fait en trois mois, avec manœuvres opératoires, par MM. les Drs DÉMELIN, accoucheur des hôpitaux, et BRINDEAU. — Exercices de diagnostic : MM. les Drs CHAVANE, chef de Clinique, et MACÉ. — Exercices de laboratoire : MM. les Drs MICHEL et BRINDEAU. — M. le Dr GALIPPE, chef de laboratoire.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. GILLES DE LA TOURETTE. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10h., laboratoire Axenfeld.

HÔPITAL BEAUJON. — M. le Dr BAZY. Maladies des voies urinaires, lundis, jeudis, samedis.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 13. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er AVRIL 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE : Des pyarthrites aiguës de l'enfance, par le Dr Albert Mouchet et Pierre Audion, interne des hôpitaux. — BULLETIN : Les chaires de clinique gynécologique et de clinique chirurgicale des enfants, fondations de la Ville de Paris, par J. Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie* : Modifications histologiques et chimiques de la moelle des os aux différents âges et dans l'infection staphylococcique, par Mme Edwards-Pilliet. — *Académie de Médecine* : L'appendicite dans l'armée; — Les formes graves du rein mobile; — Percusssion méthodique du crâne, par A.-F. Plicque. — *Société médicale des Hôpitaux* : Ictère chronique sans coloration des urines; — Etiologie de l'appendicite; — Paraplégie spasmodique avec lésion organique et sans dégénérescence du faisceau pyramidal, par J. Noir. — *Société de Chirurgie* : Luxation congénitale de la hanche; — Plaie pénétrante de l'abdomen; — Torsion totale de l'intestin; — Appendicite aiguë perforante; — Anévrisme artérioso-veineux; — Des effets de la ligature des vaisseaux du cordon; — De l'asepsie opératoire, par P. Rellay. — *Société d'Obstétrique de Paris* : Allaitement chez les albuminuriques; — Etude des échanges nutritifs azotés et minéraux chez un nourrisson de deux mois et demi; — Présentation d'une radiographie de bassin chez une femme rachitique atteinte de luxation congénitale double de la hanche; — De l'infection amniotique avant la rupture des membranes; — Présentation d'un fœtus extra-amniotique, par H. C. — REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE : Une application de la loi du 30 novembre 1892 aux masseurs-magnétiseurs, par Lirmin Lipman. — VARIA : Hôpitaux de Paris; cours et conférences cliniques des médecins, chirurgiens et accoucheurs; — Société obstétricale de France; — Les secouristes français; — Monument au Dr Jean Hameau (de La Teste, Gironde); — Fièvre typhoïde à Mayenne. — NOUVELLES. — NÉCROLOGIE. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

REVUE GÉNÉRALE

Des pyarthrites aiguës de l'enfance;

Par le Dr **Albert MOUCHET** et **Pierre AUDION**, interne des hôpitaux.

Par *pyarthrites aiguës* nous entendons l'arthrite suppurée fébrile, à évolution rapide, quelle qu'en soit la cause; nous éliminons donc l'ostéo-arthrite tuberculeuse qui est une pyarthrite chronique.

Généralités. Classification. — La pyarthrite aiguë peut constituer à elle seule, chez un enfant, tout le tableau morbide et attirer l'attention d'un médecin ou d'un chirurgien d'une façon pour ainsi dire primitive et exclusive; telle est, par exemple, cette arthrite suppurée que nous voyons, dans certaines observations, apparaître brusquement en pleine santé, et sans cause apparente, à la hanche ou à l'épaule de préférence, et nécessiter une intervention chirurgicale précoce; telle est aussi l'arthrite suppurée due à une plaie pénétrante de l'articulation, ou développée par lymphangite au voisinage d'une plaie superficielle infectée. Nous considérons ces pyarthrites comme *chirurgicales*, en raison de leur isolement même, des causes qui leur ont donné naissance et qui d'ailleurs n'en modifient guère la physionomie clinique partout assez semblable à elle-même, enfin en raison du traitement chirurgical qu'elles nécessitent. Nous appellerons au contraire pyarthrites *médicales*, les suppurations articulaires plus ou moins graves, à évolution très variable, qui se présentent comme épiphénomènes, comme complications au cours ou au déclin des différentes maladies infectieuses : un enfant est soigné pour une diphtérie pharyngée, une scarlatine, une vulvo-vaginite blennorrhagique, une varicelle, une pneumonie, quand on voit se développer une arthrite qui prend bientôt les caractères d'une pyarthrose, et qui, pour être née d'une infection d'ordre médical, n'en nécessite pas moins un traitement chirurgical. Nous étudierons donc successivement au point de vue de leurs causes, de leurs symptômes, et des lésions qui les accompagnent, les deux catégories de pyarthrites aiguës, les *chirurgicales* et les *médicales*.

Historique. Etiologie. — « Toutes les maladies infectieuses, dit M. Marfan (1), peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'organisme. » Ces manifestations articulaires sont susceptibles de suppuration, tandis que « le rhumatisme articulaire, vrai, légitime, est une polyarthrite aiguë ou subaiguë, ne succédant à aucune maladie infectieuse connue, et ne se terminant jamais par la suppuration des jointures atteintes ». Ces déterminations articulaires d'apparence, non de nature rhumatismale, ont été appelées par Bouchard *pseudo rhumatismes infectieux*.

Nous sommes donc loin de l'opinion des anciens auteurs qui, jusqu'à J.-P. Tessier et Lasègue, ont cru à la suppuration du rhumatisme vrai d'une part (Bouillaud), et à « la nature rhumatismale des arthropathies de la scarlatine, de la blennorrhagie d'autre part, la maladie première ne faisant que mettre en jeu la diathèse rhumatismale préexistante. » C'est, en effet, Tessier, le premier, qui sépara du rhumatisme vrai les arthrites qui suppurent; avec Lasègue, cette idée fit un pas de plus, mais c'est Bouchard qui classa définitivement les faits cliniques. M. Bourcy étudia ensuite ces pseudo-rhumatismes infectieux séparés du rhumatisme vrai par son maître, et M. de Lapersonne, puis M. Marfan, contribuèrent à vulgariser les idées nouvelles. Depuis ces travaux, les observations se sont multipliées et le groupe des polyarthrites aiguës médicales représente un assemblage de faits nombreux et variés. Toutes les maladies infectieuses peuvent, en effet, présenter des déterminations articulaires, mais, suivant la virulence de l'infection spécifique, ou la présence d'une infection secondaire, suivant l'intensité de la localisation microbienne sur une articulation, suivant la résistance plus ou moins grande de celle-ci, on assistera à l'une des formes suivantes de l'arthropathie infectieuse : α) *arthralgie*; β) *hydarthrose*, qui guérissent sans laisser de traces; γ) *polyarthrite subaiguë*, qui peut guérir également sans reliquat, mais qui peut se terminer par une ankylose (arthrite plastique ankylosante), ou par la suppuration; δ) enfin *polyarthrite* ou *mono-arthrite* purulente d'emblée. C'est de cette dernière forme seule que nous nous occupons ici; elle n'est pas partout semblable à elle-même et la variété des observations, les différences qui les séparent entre elles viennent de leurs particularités étiologiques.

La liste est longue des états infectieux, maladies générales, fièvres éruptives au cours ou au déclin desquels on a observé des arthrites suppurées aiguës. En première ligne vient l'*infection purulente*, l'infection septique, dont la porte d'entrée a pu être l'ombilic, la cavité bucco-pharyngienne, l'oreille moyenne, les voies respiratoires,

(1) *Tr. des Maladies de l'enfance*, t. I, art. *Rhumatisme*.

chez le nouveau-né, et qui, chez l'enfant plus âgé, peut succéder à une *angine aiguë*, à une *stomatite*; cette infection septique, devenue rare aujourd'hui, s'accompagnait de suppurations articulaires, comme elle s'accompagnait de suppurations de la moelle osseuse et des muqueuses. Ici la pyarthrite perd de son intérêt en présence de la gravité de l'affection causale, surtout depuis que celle-ci est devenue en somme évitable : ailleurs nous voyons la suppuration articulaire revêtir des caractères spéciaux à chaque maladie et choisir, dans quelques cas, une jointure toujours la même. C'est ainsi que dans la *blennorrhagie infantile* le genou est le plus fréquemment atteint et il l'est isolément. Dans la *scarlatine*, le genou suppure quelquefois aussi. C'est dans la blennorrhagie et dans la scarlatine que le pseudo-rhumatisme infectieux est le plus fréquent chez l'enfant, mais il n'arrive à la suppuration que dans certains cas où l'infection générale, primitive ou secondaire, est intense. La *varicelle*, la *variole*, la *rougeole*, présentent quelques rares observations du même ordre ; quant à l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la grippe, la dysenterie, les oreillons, nous ne les avons pas vus donner lieu à des pyarthroses, comme cela arrive chez l'adulte. Enfin la *diphtérie*, la *pneumonie*, se compliquent aussi parfois de localisations microbiennes articulaires ; il n'est pas jusqu'à la *syphilis* à laquelle on n'ait attribué des pyarthrites.

Au point de vue *bactériologique*, quel est l'agent de ces suppurations ? Survenant pendant que l'organisme est infecté par un microbe spécifique, pneumocoque, Klebs-Lœffler, gonocoque, ou par un agent microbien inconnu, mais dont les manifestations habituelles ne s'accompagnent pas d'arthrite purulente : varicelle, variole, scarlatine, ces arthropathies peuvent reconnaître pour cause le microbe spécifique lui-même, et on trouve le gonocoque dans le pus des arthrites blennorrhagiques, le pneumocoque dans celui de quelques pyarthrites pré ou métapneumoniques ; mais, en général, l'arthrite purulente, comme la plupart des complications suppurées des maladies infectieuses, est due à un ou plusieurs microbes banals (streptocoque, staphylocoque) qui, infectant secondairement l'organisme, pénètrent dans la circulation lymphatique ou sanguine à la faveur d'une des portes d'entrée ouvertes par la maladie primitive au niveau de la muqueuse pharyngée (diphtérie) ou intestinale, au niveau de la peau (pustules de variole, bulles de varicelle), et vont commettre dans les synoviales articulaires les dégâts que nous étudierons. Quoiqu'il en soit, chacun de ces agents infectieux eux-mêmes donne une physionomie clinique particulière à l'arthrite qu'il produit, lui imprime des caractères que l'on reconnaît à cette pyarthrite au cours des états infectieux les plus divers, et nous aurons à décrire spécialement, outre l'arthrite à gonocoques et l'arthrite à pneumocoques, l'arthrite à streptocoques, l'arthrite à staphylocoques, cette dernière étant le plus souvent d'ordre chirurgical.

Les *causes prédisposantes* n'ont guère besoin d'être recherchées pour l'arthrite purulente aiguë médicale, survenant au cours d'une maladie infectieuse préexistante. L'état de moindre résistance d'un enfant l'exposera d'une façon générale à l'infection secondaire, s'il vient à contracter une diphtérie, ou une scarlatine, ou une vulvo-vaginite, une urétrite ; un traumatisme antérieur prédisposera la jointure à une localisation microbienne, comme chez l'adulte, « une arthropathie nerveuse, rhumatismale chronique, ou goutteuse, représentera un foyer d'appel pour la suppuration, dont les agents viendront soit du dehors, par une plaie voisine, soit par la voie sanguine ou lymphatique ». (Mauclaire) (1).

Mais il ne faut pas oublier que nous sommes aujourd'hui bien armés contre l'infection secondaire dans les maladies infectieuses, et qu'avec les soins antiseptiques minutieux pris par nous pour la peau et les muqueuses des enfants, nous pouvons jusqu'à un certain point éviter l'entrée des germes septiques, capables de produire des complications articulaires.

(1) *Archives générales de Med.*, janvier 1895 et suiv.

Anatomie pathologique. — Par quelles lésions anatomiques se traduit le pseudo-rhumatisme infectieux suppuré ?

Mauclaire (1) distingue quatre variétés anatomo-pathologiques :

I. *La panarthrite phlegmoneuse* avec infiltration purulente de la synoviale, ulcérations des cartilages, pus abondant, verdâtre, lésions musculaires et osseuses.

II. *L'arthrite avec fausses membranes* purulentes et adhérentes, épaisses de plusieurs millimètres, — qui est moins fréquente.

III. *La pyarthrite gangréneuse*, qui est rare.

IV. Enfin *une variété sans suppuration apparente*, qui s'accompagne de lésions ulcératives assez marquées et de destructions ligamenteuses étendues, et que Mauclaire rattache à l'infection purulente, dans laquelle l'arthrite évolue très rapidement, mais n'a pas le temps d'arriver à la suppuration.

Entre ces diverses variétés bien tranchées, il y a place pour tous les intermédiaires que nous fournit la clinique ; mais si nous prenons pour type une pyarthrite survenant par infection secondaire au cours d'une maladie quelconque, la marche des lésions sera à peu près celle-ci : la synoviale semble être la première atteinte : elle devient rouge, œdémateuse, et forme, dit M. Marfan, un bourrelet chémosique autour du cartilage articulaire. Le cartilage lui-même se ramollit bientôt et peu à peu se détruit ; les ligaments prennent un aspect lardacé, se relâchent ; en même temps il se forme du pus, souvent abondamment, dans la cavité articulaire, par multiplication des éléments cellulaires dans le liquide d'abord citrin, puis séro-purulent qui distendait la synoviale. Dans les formes graves, au cours de la pyohémie, le pus peut prendre naissance d'emblée et rapidement, sans que la synoviale et les surfaces articulaires paraissent altérées.

A côté de ces formes graves, il en existe d'autres dans lequelles les lésions sont certainement moindres et probablement limitées à la synoviale ; témoin l'arthrite purulente blennorrhagique qui peut guérir après une simple ponction, et l'arthrite purulente post-diphtérique guérie par l'arthrotomie dans un cas de Broca.

Passons maintenant à l'étude des pyarthroses d'*ordre chirurgical*. Les *plaies pénétrantes des articulations* exposent à la suppuration, quelles que soient leurs dimensions et quelle que soit leur cause, accidentelle ou chirurgicale, comme ponction avec une aiguille aspiratrice ou un trocart, etc., du moment que la plaie, si petite qu'elle soit, est infectée, on voit au bout de quelques jours les mouvements articulaires devenir douloureux ; les lèvres de la plaie se boursouflent ; un œdème plus ou moins luisant et rouge envahit les tissus voisins. Les choses peuvent en rester là. Mais, en général, la suppuration envahit l'article, et l'on peut faire sourdre des lèvres de la plaie un liquide séreux louche ou franchement purulent. A un stade plus avancé, si l'on n'intervient pas, tout le membre est envahi par la suppuration. Le volume en devient énorme, des fusées purulentes se propagent au loin, les cartilages, les os même parfois, se nécrosent. On voit apparaître avec la fréquence du pouls, l'élévation de la température, l'insomnie et le délire, tous les signes d'une septicémie qui peut rester heureusement subaiguë, mais qui prend trop souvent une allure aiguë ou même suraiguë. Le sujet tombe dans l'adynamie ou le coma. Dans d'autres cas, l'évolution est moins rapide et c'est la pyohémie qui termine la scène. La fièvre subit de grandes oscillations, des abcès métastatiques apparaissent dans d'autres articulations, dans les viscères, le foie, le poumon, la rate, etc.

Il y a, en définitive, deux grandes catégories de ces pyarthroses traumatiques : les bénignes et les graves. Les premières paraissent plus fréquentes dans le jeune âge. La suppuration est si légère qu'elle passe presque inaperçue et, dans les cas où elle a nécessité, par son abondance, une intervention spéciale, elle se tarit rapidement et se termine par la guérison complète, avec raideur aisément cu-

(1) *Loco citato.*

rable. La nature du microbe causal n'est certainement pas sans influer sur l'évolution ultérieure de l'affection ; on a tantôt affaire à des streptocoques, tantôt à des staphylocoques, tantôt aux deux espèces associées ; mais nous avons observé, chez l'enfant, beaucoup de pyarthroses bénignes, dont le contenu, examiné avec soin par M. Achard ou M. Netter, était stérile. Il paraît probable que les formes graves sont plutôt dues au streptocoque pur. On peut observer dans ces formes des lésions inflammatoires intenses de la synoviale et du cartilage « caractérisés par l'infiltration puriforme de la séreuse, par les pseudo-membranes de sa surface, par le ramollissement de la substance cartilagineuse... » (Cornil et Babès). L'os sous-jacent peut se nécroser, et la suppuration dure, tant que le séquestre n'est pas éliminé ; parfois l'infection gagne par le canal médullaire l'articulation sus ou sous-jacente. Lorsqu'on voit se produire de ces ulcérations du cartilage, l'ankylose est fatale, c'est le seul mode de réparation possible.

Il existe chez l'enfant comme chez l'adulte toute une classe d'*arthrites traumatiques suppurées sans plaie cutanée apparente*. On peut voir une hydarthrose, suite d'entorse légère, suppurer plus ou moins longtemps après son apparition. Le fait est rare ; ce qui est plus fréquent, c'est de voir une hémarthrose suppurer. Les suppurations articulaires qui succèdent aux luxations traumatiques, ou aux tentatives de réduction de celles-ci, celles qui succèdent aux fractures intra-articulaires (du col du fémur, en V du tibia) sont dues à la transformation purulente de l'épanchement sanguin qui s'était produit en pareil cas dans l'articulation. Quelle porte d'entrée doit-on invoquer pour expliquer la suppuration ? Le plus souvent, il faut bien le dire, une lésion cutanée insignifiante (piqûre, éraflure, etc.) passée inaperçue, mais il peut arriver qu'on ait affaire à une infection endogène, « il faut supposer que le sang a apporté avec lui les microbes pyogènes, qu'il renferme souvent même à l'état normal ». (Mauclaire) (1).

Enfin, dans un certain nombre de cas, la pyarthrose est due au retentissement articulaire d'une affection locale de voisinage, furoncle. anthrax, hygroma suppuré, brûlure, plaie infectée des parties molles, etc... Dans tous ces cas, la suppuration s'explique par une propagation *lymphangitique* profonde, que rendent si vraisemblable les connexions intimes qui existent au pourtour d'une articulation entre les vaisseaux lymphatiques, les bourses séreuses et les synoviales articulaires. Il s'agit le plus souvent d'une infection par le streptocoque (Verneuil, Clado, Achalme), mais il peut arriver que l'infection soit due au staphylocoque seul (Mauclaire, Fischer et Lewy). Ces derniers auteurs n'ont pas constaté dans leurs observations des variations de l'évolution clinique en rapport avec la nature du microbe causal ; la gravité de la lymphangite a paru en rapport seulement avec la gravité du foyer primitif. C'est par le même mécanisme de lymphangite que l'on explique l'apparition des pyarthroses à la suite des phlegmons de voisinage, la lymphangite est quelquefois récurrente en pareil cas. Mais il peut arriver aussi que le phlegmon voisin de l'articulation rompe la synoviale et s'ouvre dans la jointure.

Il nous reste à parler d'un groupe d'arthrites suppurées observées chez les tout jeunes enfants et qui présentent une allure clinique spéciale. Elles ne succèdent point à une infection générale de l'organisme ; Smith, qui les a décrites le premier en 1874, puis Baker, Wright, Krause, Volkmann n'assignaient point d'étiologie spéciale à ces *arthrites suppurées infantiles* qu'ils observaient le plus souvent au genou, quelquefois à la hanche, à l'épaule, etc. Krause décrit ainsi un type de cette affection : « Un enfant jusque-là très bien portant est pris de fièvre et de douleur dans une articulation. Celle-ci se remplit bientôt de liquide ; les parties molles recouvrantes présentent un gonflement diffus, elles sont rouges en certains points, mais pas toujours. Il se produit, soit une résorption de cet épanchement absolument comme s'il s'agissait d'une hydarthrose aiguë, ou bien le plus souvent une rupture spontanée de la synoviale par le pus, ou bien encore le chirurgien lui-même ouvre l'articulation. Le liquide qui sort soit par la rupture spontanée, soit par l'incision, est plus ou moins purulent, fortement séreux d'une manière caractéristique et même dans certains cas où l'incision a été précoce, on trouve que le contenu de l'articulation est transparent, parsemé de stries jaunes, purulentes, épaisses.

A un stade plus avancé, nous trouvons du pus pur plus ou moins mélangé de sérosité. La membrane synoviale paraît fortement colorée en rouge et est souvent très gonflée ; le cartilage articulaire est intact. L'évolution de la maladie est en général tout particulièrement favorable, etc... » Mauclaire, qui rapporte cette observation (1), ajoute deux cas personnels du même genre : début brusque sans cause appréciable par une douleur articulaire vive. Gonflement intense de la jointure. Arthrotomie. Guérison rapide. MM. Lannelongue, Jalaguier, Broca considèrent depuis longtemps ces arthrites suppurées de l'enfance apparues sans maladie antérieure comme consécutives le plus souvent à l'ostéomyélite. Wright, Batle, en Angleterre, se rattachent à cette opinion. Batle dit : « L'origine même de ces arthrites est plus fréquente qu'on ne le croit souvent et on ne peut la nier tant qu'on n'a pas, par des sections, démontré l'intégrité du squelette. Le point de départ dans l'os est la région du cartilage conjugal vers la diaphyse : le siège initial épiphysaire est possible mais plus rare (2). »

Quelques caractères particuliers doivent attirer de suite notre attention avant d'entrer plus avant dans l'étude de ces arthrites suppurées infantiles : le début en est brusque, souvent grave, à grand fracas ; lorsqu'on intervient en temps opportun, la marche est bénigne et la guérison prompte ; il ne faut pas s'attendre, malgré la douleur vive à la pression sur l'os, à trouver, après l'évacuation du pus, un point osseux dénudé. Et cependant, tout plaide en faveur de l'origine ostéomyélitique, souvent latente, il est vrai, de ces sortes de pyarthroses. Martirené, dans une thèse récente, rapporte quelques cas observés dans le service de notre maître, M. Broca, et qui semblent (2 ou 3 du moins) rentrer dans cette variété. L'un de nous vient de publier une observation tout à fait frappante de pyarthrose ostéomyélitique, qu'il a eu l'occasion de voir dans le service de M. Broca, chez un nourrisson d'un mois et demi (3). La plupart de ces faits se rapportent à des pyarthroses du genou. Tout récemment, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Londres, M. E. Owen signale des arthrites suppurées de la hanche (4) dont l'évolution rappelle de tous points celles que Gibney avait déjà décrites autrefois dans la même jointure (5). Owen incrimine l'ostéomyélite, et l'allure clinique de l'affection, autant que ses caractères anatomo-pathologiques, semblent démontrer le bien fondé de cette opinion. La fréquence de l'ostéomyélite chez les nourrissons n'est plus à rappeler depuis les recherches de Broca et de Braquehaye (6). La plaie ombilicale, la plaie de la vaccination, les éruptions cutanées, l'ulcération gingivale de la dentition, etc... constituent comme autant de portes ouvertes à l'infection qui se localise primitivement sur l'os. L'ostéomyélite ainsi installée peut se manifester dès l'abord et peut-être même uniquement par la présence de l'arthrite suppurée. Aldibert (7), dans une étude sur l'ostéomyélite des enfants au-

(1) *Loc. cit.*, janv. 1895.

(1) Mauclaire. — *Loc. cit.*

(2) Batle. *Société pathol. de Londres*, 5 mai 1891, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, sept. 1890, p 431.

(3) Albert Mouchet. — *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, 1er février 1899.

(4) Février 1899. Dans la *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*.

(5) *Medical Record* 1892 dans la *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, 1893.

(6) Braquehaye. — De l'ostéomyélite des enfants en bas âge, *Gaz. Hebdom.*, 1895.

(7) Aldibert. — De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de 2 ans, *Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir.* p. 254, 1894.

dessous de 2 ans, a trouvé la proportion de 50 arthrites pour 100 cas d'ostéomyélite. Braquehaye rassemblant les faits d'ostéomyélite du jeune âge dans un seul service, celui de M. Broca, arrive au chiffre de 14 pyarthroses sur 44 cas d'ostéomyélites, soit 32,2 pour 100. Nous n'insisterons point sur la nature microbienne de ces arthrites suppurées ostéomyélitiques; il n'y a pas de microbe spécifique de l'ostéomyélite; on peut donc rencontrer dans la suppuration articulaire qui résulte de cette affection les divers microbes, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques Toutefois chez l'enfant, c'est le *streptocoque* que l'on rencontre le plus fréquemment dans l'ostéomyélite et dans la pyarthrose qui l'accompagne. Krause avait déjà signalé ce fait dans sa description des arthrites aiguës infantiles. Koplik et Van Arsdale (1), Braquehaye, l'ont confirmé ; l'un de nous, dans l'observation mentionnée plus haut, a retrouvé le streptocoque pur. Dans un certain nombre de cas, le liquide, même franchement purulent, est resté stérile.

Quel processus pathogénique devons-nous invoquer pour expliquer ces arthrites ostéomyélitiques précoces? Excepté à la hanche, siège plutôt rare, au coude, siège exceptionnel, on ne peut guère incriminer le décollement aigu de l'épiphyse et l'envahissement de l'article par le foyer osseux diaphysaire contenu normalement dans la synoviale (2). La térébration purulente au travers du cartilage jugal et de l'épiphyse n'est pas plus vraisemblable; elle n'expliquerait pas en effet la marche aiguë de l'affection. Les autres processus méritent plus d'attention : ou bien il s'est produit un abcès sous-périosté qui, décollant le périoste sur une grande étendue, se fait jour dans l'article après rupture de la synoviale; ou bien une hydarthrose de voisinage purement catarrhale devient suppurée par suite du transport dans la jointure des agents pyogènes amenés par les voies lymphatiques. Enfin, dans un très grand nombre de cas, lorsque la marche est aiguë et rapidement grave, il s'agit de ces arthrites « *pyohémiques* » bien établies par les recherches expérimentales de Lannelongue et Achard (3) en France, de Koplik et Van Arsdale en Amérique. Il n'y a pas d'infiltration sous-périostée, pas *de nécrose de l'os*; le moelle osseuse est envahie par les streptocoques, comme le sang des vaisseaux et les canaux de Havers. L'ostéomyélite peut se borner à la suppuration aiguë de l'articulation voisine.

Symptômes. — Cliniquement, chaque variété d'arthrite possède ses signes propres. Mais, d'une façon générale, les pseudo-rhumatismes infectieux suppurés présentent un certain nombre de caractères qui leur sont communs : ils sont *fixes*, ce qui les distinguait. pour Lasègue déjà, du rhumatisme articulaire aigu légitime, lequel est essentiellement mobile. Ils sont *oligo-articulaires* et souvent mono-articulaires, affectant le plus souvent le genou, moins fréquemment le coude, le poignet, l'épaule : ils apparaissent au cours ou au déclin de la maladie primitive, et ne s'accompagnent généralement pas d'une réaction locale superficielle aussi intense que pourraient le faire prévoir les dégâts commis par l'infection dans l'articulation. Enfin ils constituent une complication grave que peut seule produire une infection générale intense, et alors même que la maladie primitive a disparu du tableau clinique, l'arthrite suppurée s'accompagne d'un état général mauvais, d'albuminurie plus ou moins intense; souvent elle ne précède la mort que de peu de temps.

Qu'elle soit due au gonocoque lui-même ou aux toxines qu'il secrète, ou a une infection secondaire, *l'arthrite purulente blennorrhagique* s'observe chez le nouveau-né et chez l'enfant. Chez le nouveau-né elle succède à une conjonctivite, à une rhinite, à une stomatite même de nature gonococcique : l'infection a été faite au moment de l'accouchement par les mucosités maternelles. Chez l'enfant plus âgé, l'arthrite est plus fréquente, et se rencontre plus particulièrement dans le sexe féminin : elle est alors consécutive à une vulvo-vaginite communiquée par la mère à sa fille par l'intermédiaire d'éponges ou de linges communs. Enfin on a observé chez le petit garçon des urétrites d'origine vénérienne. Le gonocoque suit plus souvent la voie lymphatique que la voie épithéliale pour généraliser son infection et c'est par cette voie-là qu'il gagne une jointure. Vers le quinzième jour de l'ophtalmie et de la vie chez le nouveau-né, vers le neuvième jour, jamais plus tard que le quatrième mois d'une vulvo-vaginite chez la petite fille, il survient de la fièvre : l'enfant refuse le sein ou les aliments, est abattue, souffre de la tête; en même temps on constate que plusieurs articulations sont douloureuses ; en quelques jours à peine, les phénomènes généraux diminuent et la période d'état de l'arthrite est constituée : la tuméfaction péri-articulaire apparaît, c'est le plus souvent le genou qui est pris, plus rarement le poignet, le cou-de-pied, les petites articulations des mains et des pieds, la hanche. Récemment, notre collègue et ami Griffon (1) a cité l'observation d'un nouveau-né, mort en quelques jours de cachexie gonohémique (Marfan) avec une arthrite suppurée du poignet et une autre de la hanche, consécutives à une ophtalmie et à une vulvite à gonocoques.

Le plus souvent, la pyarthrite blennorrhagique est unique, elle est fixe. La région articulaire est rouge, chaude, douloureuse à la palpation, elle est le siège d'un œdème dur ; l'impotence du membre est complète, les mouvements communiqués sont douloureux, les gaines tendineuses péri-articulaires étant également atteintes par l'infection. L'atrophie musculaire est rapide; la pression au niveau des insertions ligamenteuses et de l'interligne articulaire est douloureuse comme dans toute arthrite. La fluctuation est très difficile à rechercher à cause de la douleur, mais la ponction exploratrice d'un des culs-de-sac synoviaux emplit une seringue de pus : et dans le pus on trouve souvent le gonocoque. Chez l'enfant, le pronostic de cette pyarthrose est plus favorable que chez l'adulte. En 15 jours, en général, la guérison est obtenue, et une ponction suffit souvent à l'évacuation du pus. Quelquefois cependant l'arthrotomie est nécessaire ; dans les cas qui ont guéri, la terminaison ne s'est pas fait attendre plus de cinquante jours.

Les angines aiguës sont l'origine relativement fréquente de pyarthrites souvent multiples, indiquant la nature pyohémique de l'infection générale dont l'angine n'est qu'une lésion locale développée au niveau de la porte d'entrée. Ces pyarthroses sont alors des accidents du même ordre que les suppurations des grandes séreuses qui les accompagnent : pleurésie, endo-péricardite, péritonite, méningite.

Dans la *rougeole* Pradel (2) rapporte des cas de pyarthrites à streptocoque et à staphylocoque. Ces faits sont rares. La *varicelle* a fourni à Braquehaye (3) une observation d'arthrite suppurée du genou chez un enfant de 3 ans, au troisième jour après l'apparition des premières bulles : l'arthrotomie évacua un pus à streptocoques et montra des ulcérations arrondies sur les condyles fémoraux. Il s'agissait là encore d'une septicémie secondaire grave qui emporta le petit malade après l'apparition de nouvelles arthrites.

La variole a fourni à Thomas (de Tours), une observation dans laquelle des pyarthrites, probablement d'origine pyohémique, sont survenues au huitième jour après l'éruption (4) : l'enfant, agé de 12 ans, est mort et à l'autopsie on a trouvé des destructions articulaires étendues. Bidder (5) cite plusieurs cas d'arthrite variolique terminés

(1) *American Journal of med. science*, 1892.
(2) Voir Sézary, *Lyon Médical*, janvier 1870, p. 2[illegible]7 et Th. de Paris, 1870.
(3) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1891.

(1) Griffon. — *Presse médicale*, 1896, p. 88.
(2) Pradel. — Th. Paris, 1891.
(3) Braquehaye. — *Gaz. hebd. de Méd.*, 8 sept., 1894.
(4) Thomas (de Tours). — *Arch. gen. de med.*, 1895.
(5) Bidder. — *Deutsch Zeitschrift f. chirurgie.* 1872, 73., p. 454

par la guérison après l'arthrotomie. Neve (1) en a observé également quelques cas, il pense qu'il s'agit le plus souvent d'ostéo-arthrites. Au point de vue bactériologique, ces arthrites seraient souvent dues, suivant Lyonnet et Levrat (2), au streptocoque entré dans la circulation au niveau des pustules varioliques.

C'est surtout de l'infection purulente que relèvent dans la scarlatine les arthrites à streptocoques, accompagnées de lésions osseuses, qui ont été publiées dans ces dernières années. Le pseudo-rhumatisme infectieux de la scarlatine ne suppure en effet que très rarement, une fois sur trente, d'après Carslou, et seulement dans les cas où une infection généralisée intense et précoce par le streptocoque se traduit par des phénomènes ataxo-adynamiques, des abcès métastatiques, une arthrite suppurée du genou, en général unique, et se termine par la mort le cinquième ou le sixième jour de l'éruption. Pour M. Mauclaire cependant il existerait au cours de la scarlatine des pyarthrites moins graves, susceptibles de guérison et indépendantes de la pyohémie.

La *diphtérie* se complique parfois au septième, dixième, quinzième jour, de pyarthrites aiguës; Bernardberg (3) les attribue à des infections secondaires par le streptocoque, par le pneumocoque, l'arthralgie et l'hydarthrose relevant au contraire, pour cet auteur, de la diphtérie elle-même. Il rapporte plusieurs cas tous terminés par la mort. M. Marfan (4) dit que la pyarthrite dans la diphtérie succède à des angines graves accompagnées de phénomènes infectieux mortels : fièvre vive, prostration ou agitation, albuminurie, vomissements, diarrhée.

L'un des enfants de Bernardberg eut une pyarthrite du genou pendant la convalescence de son angine et mourut sept jours après le début de l'arthrite, profondément infecté, la jointure présentant de graves lésions de tous ses éléments. D'autres moururent très rapidement et on trouva simplement du pus à streptocoques dans les deux genoux. Cependant la gravité de ces pyarthrites peut être moindre, et on en a vu se terminer par ankylose, ou même offrir un résultat plus favorable après l'arthrotomie. Le sérum antitoxique semble avoir modifié la marche et le pronostic de ces arthrites dans la diphtérie. Notre maître, M. Broca (5) opéra, en 1895, le coude d'un enfant de 9 ans atteint d'arthrite deux mois après une angine diphtérique qui avait été traitée par la sérumthérapie. L'arthrite avait mis trois semaines à évoluer ; cinq semaines après l'arthrotomie, l'enfant sortait guéri de l'hôpital avec un coude dont la mobilité fut recouvrée rapidement et presque entière. Le pus retiré était stérile. Or, un an auparavant, M. Broca avait déjà opéré une arthrite suppurée du coude consécutive à une diphtérie soignée par les procédés anciens; l'enfant avait eu de la fièvre, et le coude avait présenté un gonflement à allure beaucoup plus phlegmoneuse que dans ce second cas.

Les arthrites suppurées de la *fièvre typhoïde* chez l'enfant sont attribuées par M. Marfan à la pyohémie secondaire. Néanmoins nous citerons d'une part l'arthrotyphus de MM. A. Robin et Leredde (6), ou fièvre articulaire à début typhoïde, qui comprendrait quelques grandes arthrites suppurées au début, et, d'autre part, les pyarthrites que l'on peut observer à la période de convalescence, et dont les unes sont des épanchements synoviaux primitivement séreux qui se sont infectés secondairement, les autres des arthrites suppurées d'emblée.

Suivant Betham Robinson (7), bien des arthropathies, attribuées jadis à la tuberculose ou au rhumatisme chronique doivent être rapportées à la *syphilis*. Dans certaines arthrites gommeuses, les gommes se déposant au voisinage de l'articulation ou dans les parties constituantes,

(1) Neve. — *The améric. j. f. the méd. sc.*, mai 1891
(2) Lyonnet et Levrat. — *Prov Méd.* 1889.
(3) Bernardberg. Paris, 1894.
(4) Marfan. — *Loc. cit.* Art. Diphtérie.
(5) A. Broca. — *Revue des mal. de l'enf.*, janvier 1895.
(6) A. Robin et Leredde. — *Arch. gén. de méd.*, 1894.
(7) *British. med. J.*, 16 mai 1896.

finissent par s'ouvrir à la fois et dans l'articulation et au dehors ; il se produit alors une infection de la jointure par des germes septiques venus du dehors à la faveur de la fistule.

M. Mauclaire cite un exemple de ce processus, observé en 1890, chez une enfant de 8 ans, au niveau du coude gauche. Chez les enfants syphilitiques héréditaires, il peut arriver aussi qu'une épiphysite se propage à l'articulation et y détermine la suppuration. C'est l'opinion de J. Hutchinson jeune (1892) (1) qui invoque dans ces cas, pour expliquer la pyarthrite, l'infection secondaire. De plus, Hutchinson admet une synovite gommeuse primitive qui s'observerait chez l'enfant aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise. Et enfin « Rommiano (2) a noté dans la syphilis héréditaire des arthropathies caractérisées par une tuméfaction énorme et par la rapidité et l'abondance de la suppuration, *sans que cependant les os fussent atteints*. Ces arthrites, dit-il, sont probablement infectieuses ». (Mauclaire.)

Pour expliquer la suppuration dans ces divers cas, où il n'y a pas de plaie articulaire, M. Mauclaire fait plusieurs hypothèses : α) l'infection suppurative articulaire, si fréquente chez les enfants, n'est-elle pas venue se greffer sur une articulation déjà malade comme sur un *locus minoris resistantiæ*, sans que la syphilis soit directement en cause ? (Pseudo-rhumatisme infectieux chez des syphilitiques).

β) Les suppurations peuvent s'introduire dans la jointure sans qu'il y ait de plaie articulaire « par la voie sanguine et la voie lymphatique, ayant pénétré au niveau d'une plaie ou porte d'entrée qui siège soit au voisinage, soit même loin de l'articulation : c'est l'ostéo-arthrite syphilitique suppurée et non ouverte ».

γ) Mais dans la syphilis articulaire, comme dans la tuberculose articulaire, la suppuration survient le plus souvent par suite d'une infection surajoutée due à la communication de la cavité articulaire avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une fistule. Quoi qu'il en soit, la pyarthrose dans la syphilis articulaire est rare ; le virus syphilitique ne favorise pas la suppuration. Au point de vue clinique l'*évolution* de ces arthrites est lente, s'accompagne d'une suppuration très peu abondante, et par la fistule dont la formation comporte toujours une aggravation du pronostic, sortent de petits séquestres très poreux, à odeur souvent pénétrante, et non accompagnés de fongosités. Les complications septicémiques sont inconnues dans la syphilis articulaire.

En dehors des phénomènes généraux, antérieurs à l'arthrite, qui leur font défaut, les suppurations articulaires d'ordre chirurgical, n'offrent point dans leur tableau clinique de différences bien sensibles avec les autres pyarthroses. Pour ce qui est, en particulier, des pyarthroses d'origine *ostéomyélitique*, la marche est parfois très subaiguë et l'affection n'est point décelée avec toute sa netteté. Il est pourtant deux faits qui doivent être pris en considération, parce qu'ils ne manquent pas, quelle que soit la marche de l'arthrite suppurée : l'intensité des phénomènes locaux (épanchement articulaire, œdème des téguments, douleur à la palpation, etc...) et l'altération de l'état général constante, même si la température ne s'élève pas au-dessus de la normale. En général, le début est aigu, brusque, avec frissons, fièvre intense (40°), délire, convulsions chez les nourrissons, état parfois typhique, etc. Les téguments sont œdématiés au niveau de la jointure, dans une étendue plus ou moins considérable; la peau est tantôt pâle, lisse, parsemée de veinosités, tantôt rosée ou marbrée de plaques rouges, elle est chaude au toucher. Les ganglions du triangle de Scarpa sont parfois augmentés de volume. La palpation arrache des cris à l'enfant, soit au niveau de l'interligne articulaire seul, soit au niveau des extrémités osseuses. Il peut arriver, mais ce n'est pas la règle, que la douleur soit nettement localisée sur la ligne diaphyso-épiphysaire. Suivant les cas, le processus peut

(1) Cité par Betham-Robinson.
(2) Rommiano. — *Congrès de Dermatol.*, Vienne, 1892.

rester localisé à une jointure, de préférence le genou, le cou de pied, l'épaule; ou envahir plusieurs articulations à la suite, dans certaines formes pyohémiques.

Si l'on n'intervient pas, on n'observe pas de régression, l'enfant succombe rapidement à l'infection générale, avant que l'abcès articulaire se soit ouvert au dehors. Le plus souvent, l'état général est assez atteint pour démontrer au chirurgien la nécessité d'une intervention rapide, et une détente favorable succède à cette intervention. Il faut noter cependant que la température peut rester élevée encore pendant quelques jours après l'opération; d'ailleurs l'enfant n'en reste pas moins exposé, dans certains cas, à des complications.

Localement, par exemple, le processus d'infection osseuse, qui a causé l'apparition de la pyarthrose, peut persister et amener la formation d'un nouvel *abcès ostéomyélitique* au niveau de l'os atteint, cette fois. D'autre part l'enfant est souvent emporté par une *bronchopneumonie* intercurrente (Aldibert, Braquehaye) ou par des phénomènes de septicémie suraiguë.

Le *pronostic* de ces arthrites suppurées d'origine ostéomyélitique est essentiellement subordonné à la plus ou moins grande précocité de l'intervention chirurgicale. Bien traitées, c'est-à-dire à temps et convenablement, ces pyarthroses guérissent, surtout chez l'enfant auquel elles sont du reste à peu près spéciales, elles ne compromettent même pas le fonctionnement de la jointure. Non seulement celle-ci ne présente pas d'ankylose, mais, que le liquide ait été simplement louche ou franchement purulent, on observe presque toujours le retour intégral des mouvements. Toutes les pyarthroses ne sont malheureusement point aussi bénignes; celles qui succèdent aux fièvres éruptives sont graves, très graves même dans beaucoup de cas. La septicité de l'infection primitive, l'atteinte de l'état général antérieur sont ici des éléments d'appréciation d'une importance capitale. Nous avons déjà parlé également de la gravité des plaies pénétrantes des articulations et nous n'insisterons point sur le pronostic de chaque variété de pyarthrose. Nous avons vu suffisamment combien il variait suivant la nature microbienne, suivant la forme anatomique, etc.

Il nous reste à dire quelques mots des *variétés microbiennes de pyarthrite* : nous allons passer en revue rapidement les caractères propres que donnent à une lésion articulaire suppurée le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, quand chacun de ces agents est seul en cause. *Le staphylocoque blanc* se rencontre surtout dans les pyarthrites traumatiques, dans les pyarthrites ostéomyélitiques; on l'a trouvé aussi dans certains cas de rhumatisme subaigu; il commet peu de dégats dans une jointure, l'arthrite évolue lentement et guérit souvent par une simple ponction.

Le staphylocoque doré est plus redoutable : il peut être l'agent d'une infection générale qui présentera une ou deux localisations articulaires; il peut, par contre, pénétrant au niveau d'une plaie articulaire, causer une pyarthrite, puis, passant dans la circulation, produire une septicémie. L'étendue des lésions dépend d'une façon générale de l'âge, de la résistance du sujet, de la virulence du microbe; mais la destruction profonde de la jointure, les fusées purulentes sont rares, et le pronostic est moins grave que celui de l'arthrite à streptocoque.

Les pyarthrites à streptocoques sont plus fréquentes que celles à staphylocoques, sans doute parce que le streptocoque se propage très rapidement par la voie lymphatique : elles sont graves, en général; ce sont souvent des panarthrites phlegmoneuses diffuses avec suppuration abondante, fusées purulentes, perforations de la synoviale, envahissement ganglionnaire.

Les maladies a pneumocoques peuvent se compliquer d'arthrites purulentes dues à des infections secondaires : ces cas relèvent de l'infection purulente ou du pseudo-rhumatisme infectieux banal, nous n'y revenons pas. Mais plus interessantes sont les *pyarthrites à pneumocoque* seul comme en ont observé MM. Boulloche, Lannelongue et Achard, Macaigne et Chipault. Dans le cas de Boulloche (1) : une enfant de 5 ans est pris brusquement de douleurs articulaires multiples simulant une attaque de rhumatisme franc. L'auscultation du cœur et des poumons ne présente rien de particulier. Le lendemain, l'une des articulations atteintes présente un épanchement probablement purulent, le membre entier présente un œdème blanc dur, douloureux. En même temps on constate une pnemonie lobaire dans un des poumons. L'enfant mourut cinq jours après le début des douleurs articulaires : le genou avait été ponctionné, il contenait du pus à pneumocoque de Talamon-Frænkel. Il y avait également du pus épais et brunâtre dans les deux coudes. Dans les observations de MM. Lannelongue et Achard (2) le pneumocoque ne produisit aucune détermination pulmonaire, mais seulement une ostéomyélite du fémur et consécutivement une arthrite du genou dans l'un des cas, une arthrite de la hanche dans l'autre (enfants de 4 mois et 17 mois). — Les pyarthrites furent incisées, les os trépanés, mais les enfants moururent, l'un un mois, l'autre deux mois après l'opération. L'observation de MM. Macaigne et Chipault (3) est celle d'une femme de 60 ans : ici l'arthrite du genou débuta au quatrième jour d'une pneumonie et guérit par l'arthrotomie.

Les pyarthrites à pneumocoques sont donc généralement monoarticulaires; elles affectent de préférence l'épaule, le genou ou les petites articulations des doigts, et apparaissent aussi bien pendant la convalescence de la pneumonie que pendant les premiers jours ou à la période d'état : l'arthrite purulente à pneumocoques n'a jamais été observée indépendante de toute pneumonie, sauf dans les cas d'ostéomyélite. Elle produit peu de désordres dans la jointure atteinte; le pus est phlegmoneux, épais, bien lié, en tout comparable à celui de la méningite à pneumocoques, ou de la pleurésie métapneumonique; la synoviale est comme dans ces cas tapissée de fausses membranes épaisses qui sont une cause d'échec pour la ponction. La température du malade s'élève peu, la peau n'est que modérément chaude et faiblement rosée, mais les veines dilatées la sillonnent nettement de traits bleuâtres. L'œdème est très étendu, les douleurs peu intenses. Ces arthrites présentent d'après les auteurs une phase aiguë caractérisée par les signes précédents, puis une période d'accalmie et elles pourraient passer à la chronicité. Leur pronostic est moins grave que celui des arthrites à streptocoques, malheureusement ces dernières sont plus fréquentes. Il nous reste à citer le cas *d'arthrite purulente du genou à colibacille*, consécutif à un panaris sous-unguéal, et observé par MM. Sevestre et Gastou (4) chez un enfant de 9 ans, qui mourut de méningite cérébelleuse.

Après avoir résumé ainsi les particularités de chacune des arthrites aiguës chez l'enfant, particularités qui sont en rapport avec leur étiologie respective, nous ne pouvons pas mieux faire que de rappeler, après M. Mauclaire, que l'on peut distinguer à un autre point de vue quelques variétés cliniques :

Des variétés étiologiques : α) pyarthrite des nouveau-nés; qui peut être due à une infection d'origine ombilicale, blennorrhagique, ou qui peut être consécutive à une ostéomyélite, et dont l'agent peut être le streptocoque, le gonocoque, le staphylocoque ou le pneumocoque. Le pronostic variera suivant le mode d'infection et l'agent infectieux; β) pyarthrite infantile analogue aux cas de Krause, et qui est plutôt d'ordre chirurgical.

Des variétés suivant un symptôme anormal : α) pyarthrites indolentes; β) pyarthrites apyrétiques.

Des variétés suivant la marche : α) pyarthrites suraiguës, pyarthrites aiguës; β) pyarthrites chroniques; γ) pyarthrites insidieuses, latentes; δ) pyarthrites progressive-

(1) Boulloche. — *Archives de méd. expérim.*, 1891.
(2) Lannelongue et Achard. *In Th. Mérowich*, 1890, et *Bullet. médical*, 1890, p. 789.
(3) Macaigne et Chipault. — *Rev. de chir.*, 1891.
(4) Silvestre et Gastou. — *Soc. méd. des hop.*, déc. 1891.

ment suppurées et pyarthrites suppurées d'emblée; ε) pyarthrites à répétition.

Des variétés suivant la terminaison : α) les unes bénignes, régressives; β) d'autres ankylosantes; γ) d'autres graves, pouvant être l'origine d'une septicémie.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pyarthrose doit être fait de bonne heure : cette précocité est l'élément capital du pronostic. Dans les formes à début brusque, aigu, l'intensité des phénomènes généraux peut faire penser à une *méningite*, à une *fièvre typhoïde*, ou à *une fièvre éruptive* quelconque ; on passe à côté de la lésion locale, et on risque de laisser succomber un enfant, qu'une intervention opportune eût sauvé. Il faut donc, chez tout enfant fébricitant, examiner de parti pris les os et les articulations et palper une à une toutes les pièces du squelette. A cette seule condition, on se gardera d'une négligence préjudiciable à la santé de l'enfant.

L'erreur de diagnostic le plus fréquemment commise consiste à croire à un *rhumatisme articulaire aigu*. L'atténuation des phénomènes locaux, leur mobilité et leur déplacement d'une jointure à l'autre, la moindre intensité des phénomènes généraux sont, en pareil cas, des signes précieux à retenir. L'*hygroma aigu*, le *phlegmon diffus*, ne sauraient prêter à la confusion, leur localisation para-articulaire, leur rareté chez l'enfant, les distinguent suffisamment de la pyarthrose. Nous n'insisterons pas davantage sur la *phlébite* ou sur la *lymphangite péri-articulaire*. On peut croire à une simple *ostéomyélite* sans foyer articulaire concomitant, quand la douleur est surtout marquée à la ligne diaphyso-épiphysaire ou que l'empâtement diffus empêche de constater la présence du liquide dans l'articulation.

En examinant attentivement le siège exact et la saillie maxima du gonflement, l'attitude du membre, en palpant avec soin la jointure, on arrivera presque toujours à éviter cette erreur ; serait-elle commise qu'elle serait sans inconvénient, car on n'en serait pas moins amené à ouvrir la collection suppurée au point où elle fait saillie, et on tomberait ainsi fatalement sur le foyer articulaire en question. Dans certaines formes de pyarthroses insidieuses, on peut croire à une simple *hydarthrose* ou à une *hémarthrose*, suite d'entorse de l'articulation, mais l'examen attentif du malade, l'altération constante de l'état général, l'état stationnaire de la région articulaire, éveilleront l'idée d'une suppuration de la jointure.

Le diagnostic d'arthrite suppurée étant posé, il reste à se demander quelle est la cause de cette arthrite. Nous avons, chemin faisant, décrit suffisamment les traits qui caractérisaient chaque variété de pyarthrose pour n'avoir plus à y revenir actuellement. D'ailleurs il importe aussi peu de savoir quelle est l'infection causale, que de dire si le point de départ est osseux ou non. De toute façon l'intervention s'impose. Dans les cas de pyarthroses ostéomyélitiques, nous verrons que ce doit être une arthrotomie ; si après recherche attentive l'os paraît intact, on attendra quelques jours et on trépanera l'os, au cas où les accidents ne céderaient pas.

Traitement. — Sitôt le diagnostic posé, on doit intervenir. Mais avant même qu'il y ait une suppuration articulaire, il faut désinfecter avec soin tout foyer suppuré au cours d'une maladie infectieuse. Nous rappelons seulement pour les condamner les anciennes méthodes de traitement médical, la compression ouatée, l'immobilisation dans une gouttière, les révulsifs sous toutes leurs formes. Ces procédés ont peut-être laissé guérir des hydarthroses infectieuses, séro-purulentes, qui eussent guéri d'elles-mêmes, mais ils ont plus souvent tué des malades à qui l'évacuation du pus articulaire eût conservé la vie. Il faut ouvrir un foyer de suppuration articulaire comme on ouvre un foyer de suppuration sous-cutané, avec le bistouri. La ponction n'évacue pas le pus complètement, surtout dans certaines pyarthroses à fausses membranes épaisses, elle donne une fausse sécurité, elle laisse aux lésions le temps de s'aggraver. On a, il est vrai, dans bon nombre de cas, ajouté à la ponction évacuatrice, un lavage de l'articulation avec de la teinture d'iode, ou une injection de quelques grammes d'une solution de sublimé, mais les succès attribués à cette méthode sont limités, pour le lavage iodé, à certaines pyarthroses infantiles bénignes, pour l'injection de sublimé (Rendu) à certaines pyarthroses blennorrhagiques. Nous croyons pour notre part qu'il ne faut pas compter sur ces cas bénins, et que l'apparence légère d'une infection au début ne doit pas toujours nous inspirer confiance; il n'y a pas de temps à perdre, et l'on doit agir énergiquement dès que la nature infectieuse d'un épanchement articulaire est soupçonnée. Le chirurgien ne doit pas attendre que le pus soit collecté ; la guérison ne sera que plus rapide si l'arthrotomie a été précoce et a permis d'évacuer un liquide encore séreux, non purulent; on a tout à gagner, rien à perdre. S'il existe simultanément plusieurs pyarthroses, l'arthrotomie devra porter dans la même séance sur toutes les articulations prises.

Rappelons ici quelques détails pratiques de l'arthrotomie décrits au long dans la thèse d'agrégation de Jalaguier (1), et bien résumés par Martirené (2). Au genou, l'articulation la plus fréquemment atteinte, on pratiquera une incision latéro-rotulienne, soit externe, soit interne, suivant le côté où la tuméfaction est le plus saillante ou suivant les préférences du chirurgien; mais, en tous cas, l'ouverture doit être large, hardie, pour permettre aisément l'évacuation du pus ; le doigt sera passé sous la rotule pour explorer l'articulation et la nettoyer plus complètement. On s'assurera que l'incision intéresse en même temps le cul-de-sac sous-tricipital. Point n'est besoin pour vider ce dernier de faire à part sur lui une incision de décharge, comme l'a conseillé Weiss (de Nancy); mais il peut être utile, pour assurer une évacuation plus complète du pus, de pratiquer sur le côté opposé de la rotule, en un point symétrique, une contre-ouverture de même longueur. A l'épaule on fera l'arthrotomie, soit en avant par l'incision classique de la résection de l'épaule, soit en arrière, comme l'a recommandé Jalaguier : l'ouverture capsulaire est plus déclive et permet l'introduction du doigt pour explorer l'articulation.

Au coude on pratiquera deux incisions latéro-olécraniennes de 5 à 6 centimètres dont le milieu corresponde à l'interligne articulaire, le plus près possible de l'olécrâne, surtout en dedans.

Au poignet, ce sera l'incision dorsale externe de Farabeuf pour la résection du poignet. A la tibio-tarsienne, on aura recours, soit à une incision antérieure médiane, soit à des incisions latérales anté-malléolaires. A la hanche enfin, l'arthrotomie sera pratiquée de préférence en arrière par l'incision de Langenbeck; en avant par une incision verticale sur le bord interne du psoas, dans le cas seulement où la bourse séreuse du psoas et la gaine du muscle auraient été envahies par la suppuration. Une fois l'articulation ouverte et le pus évacué, le chirurgien doit chercher attentivement s'il existe un point osseux dénudé, et dans ce cas, trépaner l'os. S'il ne trouve pas de point osseux malade au niveau de l'épiphyse, il se contente de drainer l'articulation sans suturer la plaie. Cette suture n'avance pas d'un seul jour la guérison; elle risque au contraire de la retarder par l'évacuation insuffisante qu'elle peut prolonger. Ce drainage est indispensable, il sera fait avec un ou deux gros tubes de caoutchouc introduits avec le doigt ou avec une pince en plein milieu de l'articulation; on les fera ressortir dans l'angle inférieur de la plaie. Si l'incision est bilatérale, on fera ressortir le drain du côté opposé; ce drainage de part en part assure une évacuation plus complète.

D'une façon générale, il ne faut pas prolonger la durée du drainage, il faut tenter d'arriver le plus vite possible à raccourcir les drains, puis à les supprimer. On a renoncé au drainage postérieur du genou par un drain traversant

(1) De l'arthrotomie, *Thèse d'agrégat.*, Paris, 1886.
(2) Martirené. — *Th. Doct.*, Paris, 1888, p. 46.

l'articulation et sortant par le creux poplité. On peut dire que l'arthrotomie suffit dans tous les cas de pyarthroses. Pourtant ce n'est point l'avis de quelques chirurgiens, surtout en ce qui concerne les arthrites suppurées aiguës d'origine ostéomyélitique. Owen, par exemple (1), propose dans ce cas de compléter l'arthrotomie par la résection, appliquant ainsi les préceptes de Ollier, Poncet, Lagoutte, pour les arthrites traumatiques suppurées de l'adulte (2). Il y aurait, dans cette façon de faire chez les enfants, de gros inconvénients pour la guérison fonctionnelle de la jointure et l'accroissement ultérieur du membre. Nous pensons avec MM. Jalaguier, Broca, Spencer (3), que l'arthrotomie suffit dans tous les cas d'arthrites infectieuses infantiles; si le malade ne guérit pas, ce n'est pas à l'arthrotomie qu'il faut attribuer cet échec, c'est à l'infection générale de l'organisme (broncho-pneumonie, suppurations métastatiques), que l'arthrotomie ne peut empêcher. Une fois la plaie de l'arthrotomie guérie, on devra masser longtemps les muscles péri-articulaires pour leur permettre de reprendre leur volume primitif; on devra également imprimer à la jointure des mouvements communiqués, et cela progressivement après avoir, au besoin, rompu quelques adhérences sous chloroforme. On pourra de la sorte obtenir la restitution fonctionnelle intégrale de l'articulation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les chaires de clinique gynécologique et de clinique chirurgicale des enfants, fondations de la Ville de Paris.

A la séance du vendredi 24 mars 1899, le Conseil municipal de Paris a discuté le rapport de M. André Lefèvre sur les relations de la Ville et de l'Université parisienne. Après avoir exposé quelques considérations générales sur la pénurie des ressources de nos Universités françaises, dont le budget total s'élevait en 1895 à 13.035.084 francs, tandis que celui des Universités allemandes atteignait à la même époque 23.700.000 francs, M. André Lefèvre déclare que le Conseil municipal de Paris, dont les fondations municipales sont déjà nombreuses dans les diverses Facultés, est tout disposé à persister dans cette voie féconde; et au nom de la Commission, dont il est le rapporteur, il propose d'accorder à l'Université de Paris la somme nécessaire au personnel de deux chaires de clinique à la Faculté de Médecine, les installations matérielles devant se faire dans les formes habituelles. M. André Lefèvre insiste sur les raisons qui le poussent à réclamer aujourd'hui une subvention pour la Faculté de Médecine.

« Si nous vous demandons, dit-il, de venir immédiatement en aide à la Faculté de Médecine, c'est que ses besoins nous semblent particulièrement urgents et aussi, nous n'avons aucune raison pour le cacher, parce que, étant de beaucoup la plus importante comme nombre d'étudiants, elle est celle dont les variations de prospérité ont sur notre ville les répercussions les plus sensibles. Je dois en outre vous faire remarquer, Messieurs, que les chaires dont nous vous proposons la création immédiate, combleront une lacune véritablement trop évidente.

La gynécologie, qui n'existait pour ainsi dire pas il y a vingt-cinq ans, est maintenant, grâce aux progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, une des branches des plus actives de la chirurgie moderne. On fait couramment aujourd'hui quantité d'opérations dont on n'osait même pas concevoir la possibilité avant les travaux de Pasteur et de Lister. A cette époque, le traitement des maladies des organes génitaux de la femme incombait aux accoucheurs, il se bornait d'ailleurs à peu de chose, les moindres interventions risquant d'être mortelles. Au contraire, depuis l'application des théories pastoriennes, les interventions devenues fréquentes sont presque exclusivement pratiquees par les chirurgiens et on fait journellement dans les hôpitaux de nombreuses opérations gynécologiques, mais il n'existe à la Faculté de Médecine aucun enseignement spécial. La gynécologie, l'une des parties les plus importantes de la pathologie chirurgicale moderne, est cependant professée dans plusieurs Universités françaises. Les tableaux que vous trouverez aux annexes vous permettront de vous rendre compte de la réalité de cette affirmation. Il existe des cliniques de gynécologie à Besançon, Bordeaux, Dijon, Grenoble, Montpellier, Nancy, Nantes, Poitiers, Rennes et on l'enseigne également dans les écoles de médecine de Limoges et de Rouen.

A l'étranger on peut dire qu'il en existe partout. Le tableau relatif aux Universités étrangères ne comprend que les chaires magistrales, presque toujours dénommées chaires d'obstétrique et de gynécologie, mais en pratique cet enseignement est généralement séparé. Dans les Universités allemandes notamment, à côté du professeur ordinaire se trouvent toujours un ou des professeurs extraordinaires sans préjudice des privat-docent. Ainsi par exemple, à Berlin, qui figure pour une chaire, on trouve en réalité : Althausen, professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie; Fashbenden et Nagel, professeurs extraordinaires d'obstétrique et de gynécologie; Gusserow, professeur de gynécologie, soit au total quatre professeurs. Il conviendrait, sans doute, d'y ajouter un certain nombre de privat docent dont nous n'avons pas les noms. La Faculté de Médecine de Fribourg-en-Brisgau a également quatre cours d'obstétrique et de gynécologie tandis que Hermann Freund professe uniquement la gynécologie. A Heidelberg, même séparation : Kehrer y est professeur ordinaire de gynécologie et d'obstétrique, pendant que Schottlander se consacre exclusivement à l'enseignement de la gynécologie. Il nous serait facile de passer ainsi en revue toutes les Universités allemandes et autres. Vous n'avez, pour vous en rendre compte par vous-même, qu'à consulter le tableau qui constitue la 5e annexe du rapport de votre Commission. Vous trouverez partout une situation analogue, une égale intensité d'enseignement; car nous ne saurions trop répéter qu'à côté de ces professeurs officiels, de nombreux privat-docent font des cours parfois très suivis.

Cette situation n'est pas spéciale à l'Allemagne; on en pourrait dire tout autant de l'Autriche, de l'Angleterre, etc. A tel point que nous avons pu nous procurer les noms de 250 chirurgiens qui professent officiellement la gynécologie dans le monde.

Non seulement on l'enseigne dans toutes les Universités de l'Europe et des Etats-Unis, mais encore à Melbourne, à Tomsk, à Bombay, à Madras, à Cordoba (République argentine), à Bahia, à Lima, à Tokio!

Vous penserez, Messieurs, qu'il n'est pas admissible que Paris fasse plus longtemps exception, et nous sommes convaincus que vous adopterez les conclusions que nous avons l'honneur de vous soumettre et qu'il nous reste à traduire en chiffres.

C'est par suite d'une omission que la somme nécessaire au personnel d'une pareille clinique est fixée à 12.000 francs dans les demandes qui nous ont été transmises par l'Université.

En réalité, cette indemnité de 12.000 francs ne représente que le traitement d'un professeur de 2e classe. Il y a lieu d'y ajouter le traitement d'un chef de clinique et d'un chef de laboratoire, ce qui porte les dépenses annuelles au total de 15.400 francs dont vous trouverez le détail dans ce rapport.

La comparaison que nous venons de faire pour la gynécologie entre les Universités étrangères ou françaises et l'Université de Paris pourrait être refaite à propos de la chirurgie infantile, quoique cet enseignement soit moins développé que l'autre. Nous nous bornerons à vous signaler qu'en France

(1) *Société de Médecine et de Chirurgie de Londres*, in *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1899.

(2) Lagoutte. — *Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, mai 1893, p. 759.

(3) *Rev. des mal. de l'enfance*, février 1899.

seulement trois Facultés — Bordeaux, Lille et Montpellier — possèdent déjà la chaire de clinique qui manque à Paris. Les dépenses nécessaires à l'entretien du personnel sont les mêmes que pour la chaire de gynécologie et se décomposent de la même manière.

La bibliothèque de la Faculté de Médecine, très riche en ouvrages de toutes sortes, ne reçoit pas — faute de crédits — un nombre suffisant de publications périodiques, les seules cependant qui permettent de se tenir au courant des découvertes récentes et de suivre au jour le jour le progrès de la science moderne.

Nous vous proposons d'accorder une subvention annuelle de 2.000 francs pour remédier en partie à cet état de choses.

Il convient toutefois d'observer que le premier semestre étant déjà fort entamé, il suffit pour l'exercice 1899 d'allouer à la bibliothèque la moitié de cette somme qui suffira pour les abonnements du second semestre.

Il est bien clair également que pour ces deux chaires qui n'entreront en fonctionnement qu'au mois de novembre, nous ne pouvons voter pour 1899 que les crédits nécessaires pendant les deux derniers mois de l'année.

Messieurs, j'en ai fini et, m'excusant d'avoir si longtemps retenu votre attention, je vous demande la permission de résumer brièvement les observations que je viens d'avoir l'honneur de développer devant vous.

Elles ont trait à deux questions distinctes quoique connexes : Y a-t-il lieu d'établir entre la Ville et l'Université de Paris des relations constantes? Y a-t-il lieu de faire les créations que vous propose votre Commission?

Dès le 30 mars 1898, en nommant la Commission au nom de laquelle je parle en ce moment, vous avez tranché la première question par l'affirmative. C'est par l'affirmative également que vous trancherez la seconde.

En le faisant, vous manifesterez une fois de plus la sollicitude de la Ville de Paris pour l'enseignement à tous les degrés, et enfin, Messieurs, vous aurez comblé une lacune que nos hôtes de l'an prochain auraient considérée avec surprise. Il ne serait pas bon, voyez-vous, que le haut enseignement parût manquer du nécessaire dans la Ville lumière toute hérissée de Palais. (*Très bien! très bien!*)

Malgré l'opposition de MM. Ambroise Rendu et Alpy, qui désirent que le Conseil Municipal subventionne l'Université sans s'immiscer dans l'affectation de cette subvention et qui combattent aussi les conclusions du rapporteur en prétextant les dépenses qu'elles occasionnent, et après la réfutation de leurs arguments par MM. Clairin et André Lefèvre au nom de la Commission, le Conseil municipal a comblé les regrettables lacunes de la Faculté de Médecine en votant le projet de délibération suivant :

« Article premier. — Une subvention de 6.133 fr. 33 c. est allouée pour l'année 1893 à l'Université de Paris pour être employée comme il suit : 1° subvention à la bibliothèque de la Faculté de Médecine pour abonnements à des périodiques français ou étrangers (second semestre), 1.000 francs ; 2° subvention pour une chaire de clinique gynécologique (à ouvrir le 1er novembre) : 1 professeur de 2e classe, 12.000 francs, 1 chef de clinique, 1.200 francs, 1 chef de laboratoire, 2.200 francs. Ensemble, 15,400 francs. Soit, pour deux mois, 2,566 fr. 66 c. 3° subvention pour une chaire de clinique chirurgicale des enfants (à ouvrir le 1er novembre) : 1 professeur de 2e classe, 12.000 francs, 1 chef de clinique, 1.200 francs, 1 chef de laboratoire, 2.200 francs. Ensemble, 15.400 francs. Soit, pour deux mois, 2.566 fr. 66. Total 6.133 fr. 33 c.

Art. 2. — Les affiches, inscriptions, cartes, etc. concernant ces cours porteront la mention « Fondation de la Ville de Paris ».

Art. 3. — En cas de vacance de chaires créées par la ville de Paris, le Conseil municipal sera consulté sur leur maintien ou leur transformation. (Amendement de M. John Labusquière.)

Art. 4. — La Commission des relations de la Ville et de l'Université de Paris est chargée de suivre l'application de la présente délibération. »

Nos lecteurs savent que depuis longtemps, le *Progrès Médical* réclamait cette création et qu'au début de cette année scolaire, notre collaborateur le Dr J. Dauriac, exposait la nécessité d'organiser à Paris l'enseignement de la gynécologie. Nous sommes heureux de constater que, passant outre aux mesquines objections qui lui ont été opposées, le Conseil municipal a tenu à faire sortir l'enseignement de notre Faculté de Médecine d'un état d'infériorité qui eût porté atteinte, aux yeux des visiteurs de l'Exposition de 1900, à l'honneur de la Ville de Paris et de son Université. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sans doute sur la suite donnée à cette délibération. J. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 mars 1899. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

MM. JOSUE et ROGER ont fait des recherches sur les *modifications histologiques et chimiques de la moelle des os aux différents âges et dans l'infection staphylococcique.* Cette structure et cette constitution chimique varient avec l'âge. L'eau qui est à 75 0/0 chez les jeunes lapins, tombe à 50 et 32 0/0; la graisse augmente en progression inverse : de 11 0/0 chez les jeunes, elle atteint 22 et même 50 0/0. Les matières albuminoïdes et les matières insolubles vont également en diminuant. Chez le jeune lapin, au microscope, la moelle rouge contient de nombreuses capillaires, les aréoles graisseuses sont petites et remplies de cellules. La graisse augmente ainsi que les travées à mesure que l'animal vieillit, et les cellules disparaissent. Chez les gros lapins inoculés au staphylocoque, à l'analyse chimique, l'eau a augmenté, comme dans le jeune âge, à 78 0/0, tandis que la graisse a pu descendre à 4 0/0 ; les matières albuminoïdes et les substances insolubles ont aussi notablement augmenté de quantité ; l'examen histologique donne les mêmes résultats : diminution et disparition des aréoles graisseuses et prolifération cellulaire. Mais chez les animaux infectés, les cellules éosinophiles sont très peu nombreuses, tandis qu'elles abondent chez les jeunes animaux normaux.

M. GOUGET a expérimenté en faisant des injections d'urine soit intra-veineuses, soit par la voie sous-cutanée. Il s'est rendu compte que les animaux arrivent à une *tolérance* pour des quantités notables d'urine humaine fraîche ou concentrée. Mais si la tolérance est obtenue, il n'y a jamais *accoutumance* vraie, car des injections intraveineuses, même faibles, répétées deux ou trois jours après l'injection sous-cutanée, ont amené la mort par amaigrissement. Ces faits semblent comparables à ce qui se produit chez l'homme lorsqu'un état d'insuffisance rénale avancée, restée latente, est dévoilé brusquement et amène rapidement la mort. Les lésions manifestées à l'autopsie sont des lésions viscérales, particulièrement des lésions hépatiques.

M. MOUSSU a obtenu de bons résultats par l'ingestion de *glande thyroïdienne,* mais les glandes parathyroïdiennes n'ont pas donné de résultats dans un cas de myxœdème. Il y aurait eu quelques résultats dans un cas de Basedow fruste.

M. MOUSSU a expérimenté sur des animaux les doses intensives de *glande thyroïdienne.* Le résultat a été d'activer la croissance, mais a provoqué l'amaigrissement. mais sans déterminer des modifications de taille dans une race donnée.

MM. CHARRIN et GUILLEMONAT ont observé chez des cobayes au cours de la gestation, quelque temps avant la mise bas, une hypertrophie de la rate décelée par des pesées comparatives.

M. Galippe a découvert que dans les glandes mammaires et testiculaires il pouvait y avoir des microbes saprophytes à l'état normal Il faut tenir compte de cette présence dans les ensemencements faits au cours des néoplasies cancéreuses de ces glandes. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mars 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

L'appendicite dans l'armée.

M. Delorme montre que la statistique d'ensemble présentée par M. Chamel donne un chiffre de mortalité trop élevé. La morbidité est, en effet, incomplètement appréciée. Beaucoup de poussées légères guéries à la chambre échappent au diagnostic. Personnellement M. Delorme a eu des résultats bien plus satisfaisants. En 8 ans il n'a perdu au Val-de-Grâce que 4 opérés; à Châlons il a eu 13 guérisons sur 13 cas. L'intervention est la règle de la pratique de M. Delorme. Mais dans certains foyers circonscrits, il pratique une opération en deux temps, favorisant d'abord la production d'adhérences pour ouvrir le foyer deux ou trois jours après. Ce point de technique pour éviter l'infection péritonéale au cours de l'opération présente un grand intérêt.

Les formes graves du rein mobile.

M. Bazy décrit une véritable cachexie liée à la ptose et à la mobilité du rein. Tous les traitements médicaux échouent. Seule la néphropexie triomphe des accidents. Mais les résultats peuvent se faire attendre un mois, deux mois et parfois plus après l'intervention.

Percussion méthodique du crâne.

MM. Gilles de la Tourette et Chipault étudient le moyen d'apprécier l'épaisseur de la paroi cranienne par la percussion. Voici leurs principales conclusions : « Nous croyons, disent-ils, avoir trouvé le moyen de résoudre en partie ce problème par l'emploi de la percussion méthodique du crâne, soit à l'aide d'un petit marteau, soit, de préférence, directement avec le doigt. Celui-ci perçoit, en effet, des sensations d'élasticité et de résistance complémentaires et corrélatives du son produit. La percussion doit toujours être pratiquée, le sujet ayant la bouche fermée, l'occlusion ou l'ouverture de l'orifice buccal étant susceptibles, dans une large mesure, de faire varier les résultats obtenus. Les recherches de technique doivent être faites sur le vivant, le crâne du cadavre donnant un son tout à fait différent. La percussion pratiquée ainsi que nous venons de l'exposer permet de reconnaître que la tonalité comparative du crâne est claire chez l'enfant, mate chez l'adulte, surtout chez l'homme, moins mate chez le vieillard. Elle est plus claire dans les régions frontale et pariétale que dans la région occipitale. De ces faits on peut déjà conclure qu'elle varie avec l'épaisseur des parois, l'enfant ayant le crâne plus mince que l'adulte, la région pariétale étant moins épaisse que la région occipitale. Les opérations sur le crâne nous ont permis d'établir que la tonalité d'une région cranienne varie avec son épaisseur : elle est d'autant plus claire que la paroi est plus mince et inversement. Nous avons pu également établir que la continuité ou la discontinuité de la paroi cranienne exerçait une influence très nette sur le son rendu par cette paroi à la percussion. Chez les trépanés le son est plus clair du côté où a porté la trépanation. Dans deux cas de fracture ancienne du crâne avec perte de substance peu étendue, la percussion donnait un véritable bruit de pot fêlé. »

Elections.

MM. Dupuy (de Toulouse) et Imbert (de Montpellier) ont été élus correspondants nationaux dans la 4e division, le premier par 43 voix sur 51 votants, le second par 41 voix sur 50 votants. A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mars 1899. — Présidence de M. Raymond.

Ictère chronique sans coloration des urines.

M. Hayem a observé de l'ictère chronique chez un certain nombre de dyspeptiques atteints de gastrite parenchymateuse. Ces malades avaient des fèces colorées et les urines ne contenaient pas de pigments biliaires qui cependant étaient présents dans le sang de ces ictériques.

Etiologie de l'appendicite.

M. Faisans insiste sur l'origine grippale de l'appendicite, se basant sur la fréquence de cette affection depuis dix ans, lors des grandes épidémies de grippe, et sur l'augmentation des cas d'appendicite observés toutes les fois que la grippe subit une recrudescence épidémique.

Paraplégie spasmodique avec lésion organique et sans dégénérescence du faisceau pyramidal.

M. Babinski signale trois cas de paraplégie sans dégénération du système pyramidal. L'un était porteur d'un sarcome angiolitique du plexus choroïde du deuxième ventricule, ayant le volume d'une noix. Le second était atteint d'un sarcome fasciculé à la région dorsale supérieure développé en dedans de la dure-mère et gros comme un œuf de moineau. Le troisième présentait de la sclérose en plaques multiloculaire.

M. Galliard signale un cas de *pneumonie sèche grippale* ayant évolué en deux poussées sans expectoration.

MM. Gilbert Ballet et Maurice Faure communiquent le résultat de leurs études sur l'*atrophie des grandes cellules pyramidales* dans la zone motrice de l'écorce cérébrale après la section des fibres de projection chez le chien.

M. Marinesco présente une observation de *surdité et de cécité hystériques avec œsophagisme.* J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Brun expose les résultats que lui a donnés le traitement de cette affection par la méthode de Lorenz. Pour réussir, il est nécessaire d'opérer avec vigueur. M. Brun présente plusieurs radiographies qui démontrent que la réduction a été réellement obtenue. Dans d'autres cas, on n'obtient qu'une simple transposition de la tête fémorale. En tout cas, la méthode de Lorenz lui semble pleine de promesses.

Plaie pénétrante de l'abdomen.

M. Tuffier présente l'observation d'une malade opérée par ses internes en août 1898. Il s'agit d'une femme enceinte de trois mois, qui avait reçu dans le flanc gauche une balle de revolver. La laparotomie pratiquée une heure et demie après l'accident, et rendue malaisée par la présence de l'utérus gravide, permit de découvrir huit perforations intestinales, qui purent être suturées sans effusion du contenu de l'intestin. Suites opératoires simples. Guérison.

Torsion totale de l'intestin.

M. Routier a opéré une femme qui présentait des accidents d'occlusion intestinale avec un énorme ballonnement du ventre. L'opération fut pratiquée cinq jours après le début des accidents. Après avoir fait une incision sus-ombilicale, M. Routier tomba sur une anse intestinale énorme qu'il reconnut être l'S iliaque. Celui-ci présentait une torsion au niveau de son méso, qui était la cause des accidents. L'anse ayant été détordue, il put, en pressant l'S iliaque entre les deux mains, faire écouler son contenu par le rectum. Il n'y avait pas trace de péritonite. La malade a guéri.

M. Michaux préfère inciser l'anse dilatée pour en faire plus aisément la vidange. Le fait de M. Routier est intéressant par l'absence d'accidents aigus au cinquième jour d'une obstruction. C'est en effet la règle quand l'obstacle siège bas : la réaction péritonéale se produit d'autant plus vite que l'obstacle est plus haut situé sur l'intestin.

M. Delbet a opéré un enfant de douze ans qui présentait une torsion de l'S iliaque. L'état général était très mauvais et la mort survint deux heures après l'opération. Le ballonnement du ventre était énorme et était dû à la seule distension de l'S iliaque, comme le montra la laparotomie. Le reste de l'intestin n'était pas dilaté.

M. Walther a opéré un jeune homme, chez qui existait une torsion de l'S iliaque. Celui-ci était tellement distendu qu'il fallut faire une ponction évacuatrice pour pouvoir pratiquer la détorsion.

M. Robert rapporte quatre cas de volvulus, qu'il a observés ces dernières années.

Appendicite aiguë perforante.

M. Quénu présente un appendice, provenant d'une opération pratiquée vendredi dernier sur un jeune homme, pris depuis la veille d'accidents d'appendicite aiguë (douleur au point de Mac-Burney, 39°,5, pouls à 120). L'opération eut lieu vingt-deux heures après le début des accidents. L'appendice fut trouvé libre d'adhérences, sauf à son extrémité terminale qui était accolée au cæcum par un léger dépôt de fibrine. Le cæcum étant sorti de l'abdomen et garni de compresses, l'appendice fut réséqué. Son extrémité portait une perforation et adhérait au cæcum, dont la surface était en ce point jaune verdâtre. Cette surface malade put être enfouie par un surjet en faisant un pli au cæcum. Les suites furent des plus simples : en trente-six heures la température et le pouls étaient revenus à la normale. Voilà donc un nouveau fait qui démontre les avantages de l'intervention précoce et qui engage M. Quénu à se rapprocher de la formule de M. Dieulafoy. Mais dans les cas légers, il faut attendre pour opérer que le diagnostic soit solidement établi.

Anévrisme artérioso-veineux.

M. Chauvel lit un rapport de M. Colin sur un cas d'*anévrisme artérioso-veineux* de la fémorale superficielle consécutif à une plaie par balle de revolver, qui fut guéri par l'extirpation du sac, après ligature des quatre troncs vasculaires y aboutissant.

Présentations.

M. Walther présente un jeune homme, ayant déjà subi plusieurs interventions pour *ostéomyélite* de l'extrémité inférieure du tibia, qui, à la suite d'une chute, se tordit le pied à angle droit. M. Walther constata alors que l'extrémité inférieure du tibia avait disparu et que le péroné fracturé était la cause de la déviation. La résection du péroné permit d'obtenir une réduction complète.

M. Nélaton présente une malade que M. Glantenay avait opérée pour un *calcul du bassinet*.

M. Gerard-Marchant présente un malade atteint d'un *anévrisme du tronc innominé*, qui a été traité avec succès par la ligature de l'axillaire et de la carotide droites.

M. Beurnier présente un malade qu'il a opéré pour un *épithélioma bilatéral du sein*. La guérison persiste depuis un an.

P. Rellay.

Séance du 22 mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Des effets de la ligature des vaisseaux du cordon.

M. Monod, à propos du cas de sphacèle du testicule consécutif à une cure radicale de hernie, rapporté par M. Berger, fait remarquer que la ligature des vaisseaux du cordon peut être pratiquée sans nuire à la vitalité du testicule. Il a pratiqué cette opération chez un prostatique, atteint de rétention d'urine et difficile à sonder. Le malade a été très amélioré et urine bien aujourd'hui.

M. Reynier pense que la ligature des vaisseaux est beaucoup plus grave pour le testicule que la simple résection du canal déférent. Quant au sphacèle du testicule consécutif à une cure radicale de hernie, M. Reynier en a observé deux cas, causés par une phlébite des veines du cordon. La phlébite de ces veines serait assez fréquente et serait la cause de ces gros hématomes des bourses, qu'il n'est pas rare d'observer après les opérations de cure radicale.

M. Bazy, envisageant la double sécrétion, externe et interne, du testicule, fait voir que la résection des canaux déférents ne nuit qu'à la fonction de reproduction. Le testicule n'en continue pas moins à vivre et le sens génésique n'est pas aboli, ainsi que l'ont montré les expériences d'Astley Cooper sur des chiens. La sécrétion interne au contraire est liée à l'intégrité des vaisseaux des nerfs du testicule, qui assurent la nutrition de cette glande. La lésion de ces vaisseaux et nerfs amène l'atrophie du testicule et comme le volume de la prostate est lié à celui du testicule, c'est en agissant sur ces vaisseaux et nerfs par l'angio-neurectomie, qu'on peut amener l'atrophie de la prostate. Malheureusement les faits cliniques ne sont pas encore assez concluants pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur du traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique.

M. Monod répond que la discussion ne porte pas sur ce terrain. Il a seulement voulu faire observer qu'on peut lier presque tous les vaisseaux du cordon sans amener le sphacèle du testicule.

De l'asepsie opératoire.

M. Quénu expose les procédés auxquels il a recours dans sa pratique pour assurer l'asepsie opératoire. Les compresses et tampons sont stérilisés à l'autoclave ; les instruments sont placés dans une solution de borate de soude, soumise à l'ébullition. C'est l'asepsie des mains du chirurgien qui est la plus difficile à obtenir. M. Quénu est convaincu que la plupart des accidents septiques consécutifs à une opération sont causés par les mains. Il est très difficile de débarrasser la peau des mains des germes qu'elle contient. Gottstein a constaté dans sa clinique que seul l'infirmier chargé des instruments avait les mains stériles. Il faut donc éviter les occasions de se souiller les mains avant une opération ; une bonne habitude à prendre est d'opérer avant de faire la visite. Pour plus de sécurité, M. Quénu se sert pour opérer de gants de caoutchouc, préparés par Gudendag. Il termine par l'exposé de statistique opératoire, portant sur 237 opérations pratiquées en 1897 et 1898 au pavillon Pasteur; sur ce nombre, il n'y a eu que 15 morts. Ces résultats sont d'autant plus brillants que les petites opérations ne rentrent pas dans cette statistique.

M. Tuffier, pensant qu'il est impossible d'obtenir l'asepsie bactériologique, ne se sert de gants que pour le temps d'une opération où il y a à faire une besogne sale. Quand les mains ont touché quelque chose de sale, il faut les laver de suite. Autrement, si l'épiderme est sec, il est très difficile de le débarrasser de ses germes.

M. Jalaguier rappelle que depuis 1887 il opère avec des gants; il a dû s'astreindre à porter des gants, parce que les antiseptiques lui irritaient les mains. Il constate que l'usage des gants n'offre aucun inconvénient, si ce n'est dans les opérations portant sur une cavité profonde, parce que dans ces conditions les tissus échappent au contact de l'ongle, qui est un précieux élément de toucher,

Présentations.

M. Chaput présente un malade qui, atteint d'une fracture oblique de jambe très grave, fut tout d'abord traité, sur les conseils de M. Hennequin, par un appareil ouaté avec attelles. Quelque temps après, la jambe fut soumise à l'extension continue par l'appareil d'Hennequin. Le résultat est excellent.

M. Peyrot montre un appendice, provenant d'un jeune homme opéré par M. Souligoux au deuxième jour de son appendicite et qui est aujourd'hui guéri. Or, son appendice est en voie de sphacèle et eût déterminé une péritonite mortelle.

MM. Guinard et Tuffier rapportent de nouveaux faits, dans lesquels, en intervenant très près du début, ils ont aussi trouvé un appendice sphacélé.

M. Poirier a pratiqué avec succès une gastrectomie pour cancer de l'estomac. Les lésions étaient si étendues qu'il a dû réséquer la presque totalité de l'estomac, n'en laissant environ qu'un sixième.

M. Guinard montre une longue portion d'intestin grêle, qu'il a réséqué chez une femme, atteinte d'occlusion chro-

nique. Le laparotomie lui fit découvrir une tumeur énorme, constituée par l'intestin. Celui-ci, réséqué sur une étendue de 1 m. 10 cent., présente quatre poches séparées par quatre rétrécissements successifs. La malade a guéri. P. RELLAY.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance de mars 1899.

Allaitement chez les albuminuriques.

MM. BUDIN et CHAVANNE. — Il est très important de savoir si les femmes qui ont eu de l'éclampsie et de l'albuminurie pendant leur grossesse peuvent allaiter. Ducros et Cassin dans leurs thèses concluent négativement. Gannelin dans un travail publié en en 1896 en se basant sur des observations de femmes suivies non seulement pendant leur séjour à l'hôpital mais même après leur sortie, pense quo les femmes albuminuriques doivent allaiter. Nous avons pu grâce à notre consultation des nourrissons suivre depuis 1892 un certain nombre de ces enfants de nourrices albuminuriques à la Charité, à la Maternité ainsi qu'à la clinique Tarnier. Les résultats obtenus ont toujours été excellents, comme le démontrent les différentes courbes des enfants qui ont été suivis pendant toute la première année. L'alimentation fut exclusivement maternelle excepté dans un cas où il fut donné en plus 250 grammes de lait stérilisé pendant un certain temps. Les femmes ont guéri rapidement de leur albuminurie en général. Chez quelques-unes où l'albumine persista pendant quelques mois, on continua néanmoins l'allaitement. En résumé, on ne doit plus dire aujourd'hui que l'albumine même en quantité considérable constitue une contre-indication à l'allaitement.

Etudes des échanges nutritifs azotés et minéraux chez un nourrisson de deux mois et demi.

MM. CH. MICHEL et M. PERRET se proposent de mesurer les quantités d'azote, de sels minéraux et plus spécialement de chaux, d'acide phosphorique et de chlore qui sont retenues quotidiennement dans l'organisme d'un nourrisson normal en voie d'accroissement. L'observation actuelle diffère nettement de celles qui ont été publiées antérieurement (Michel, Rubner, et Heubner) par ce fait que la mesure des ingesta a pu être effectuée avec la plus grande exactitude. La nourrice tirait dans un verre tout le lait qui devait servir au repas de l'enfant et le 1/10 de cette quantité était prélevé pour analyse. Les urines furent récoltées sans pertes à l'aide de l'urinal de Raudnitz. Pendant les trois jours que dura l'observation l'enfant ingéra 2.730 cc. de lait ; il élimina 1.820 cc. d'urines (soit 66,6 d'urine pour 100 de lait) et 76 gr. 03 de fèces pesant après dessiccation 9 gr. 52. — La quantité de lait ingérée chaque jour — (900 cc. en moyenne) fournissait à l'enfant 108 calories par kilo de poids corporel ; la matière alimentaire totale fut utilisée dans la proportion de 96,87 0/0. — L'organisme fixa chaque jour pour l'édification de sa nouvelle substance : 0 gr. 784 d'azote représentant 5 grammes d'albumine, 0 gr. 525 de sels minéraux dont 0 gr. 149 de chaux, 0 gr. 121 d'acide phosphorique 0 gr. 069 de chlore. L'augmentation de poids totale correspondant à ces gains élémentaires fut de 18 gr. 66 par jour.

Présentation d'une radiographie de bassin chez une femme rachitique atteinte de luxation congénitale double de la hanche.

M. PLANCHON. — Il s'agit d'une femme qui vient d'accoucher pour la troisième fois. La première grossesse s'est terminée par l'accouchement spontané d'un enfant mort pendant le travail se présentant par le siège. Voulant absolument avoir un enfant vivant elle est adressée par son médecin à M. le Pr Budin pour y subir dans son service la symphyséotomie lors de sa deuxième grosse en 1895. Le diamètre transverse du bassin mesure 9 c. 3/4 et le diamètre promonto-sus-pubien 11 centimètres. Mais elle entre prématurément en travail, au commencement du neuvième mois et accouche spontanément d'un enfant vivant du poids de 2.500 grammes. Une troisième fois enceinte en 1898, ses dernières règles remontant au 30 mai. Comme le montre la radiographie, on constate un bassin généralement rétréci, avec un déplacement considérable des têtes fémorales et un redressement des lignes innominées. A la suite d'un nouvel examen, M. le Pr Budin, fait provoquer l'accouchement au neuvième mois et le 18 février, cette femme accouche spontanément d'un enfant vivant pesant 2.700 gr.

De l'infection amniotique avant la rupture des membranes.

M. LEHMANN. — Il est actuellement admis que l'œuf peut s'infester de deux manières. 1° d'une part après la rupture prématurée des membranes, soit par les microbes venus du vagin, et suivant la voie ascendante soit par des microorganismes apportés directement dans l'œuf ouvert par le doigt de l'opérateur ou les instruments. — 2° L'œuf étant encore fermé dans le cours d'une infection généralisée de la mère, d'une gravité et d'une durée plus ou moins longues ; dans ce cas l'infection du liquide amniotique est secondaire à l'infection totale. L'auteur rapporte deux observations dont l'une personnelle dans lesquelles chez des femmes saines, à terme, à la *rupture des membranes*, le fœtus souffrant comme le montraient les bruits du cœur considérablement ralentis, le liquide amniotique était horriblement fétide, putride ; modification qui d'après l'auteur ne peut s'expliquer que par la pénétration de micro-organismes dans la cavité amniotique. L'auteur ne propose d'ailleurs pour le moment aucune hypothèse personnelle et se contente de rapprocher de ces observations d'attente une discussion qui eut lieu en en 1881 à l'Académie de Médecine entre MM. Blot et Colin d'Alfort, ce dernier prétendant avoir vu des annexes fatales et le fœtus lui-même putrifié dans l'œuf complet chez des femelles multipares.

Présentation d'un fœtus extra-amniotique.

M. MAYGRIER. — Le fait publié par l'auteur diffère en partie des cas dans lesquels le fœtus put vivre et se développer en dehors de la cavité de l'œuf (obs. de Tarnier, Bar, Maygrier, Dubrisay). En effet, à l'examen de l'ancien fait on put constater que l'amnios seul avait des dimensions très faibles et une cavité fort restreinte, tandis que la caduque et le chorion avaient des dimensions suffisantes pour recouvrir un fœtus de 5 mois 1/2. Ce dernier s'était présenté par l'épaule et s'était dégagé selon le mécanisme de l'évolution spontanée. La rupture des membranes n'avait eu lieu que pendant le travail. H. C.

REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Rédacteur spécial : M LIRMIN-LIPMAN, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel.

I. Une application de la loi du 30 novembre 1892 aux masseurs-magnétiseurs.

I. — La dixième chambre du tribunal correctionnel vient dans un jugement du 6 janvier 1899 d'appliquer les peines de l'exercice illégal de la médecine à des magnétiseurs. Ils avaient donné des soins à une dame B..., atteinte de paralysie en se recommandant de diplômes délivrés par la Faculté des Sciences magnétiques, la Société magnétique de France, etc. Ils se retranchaient derrière le rapport de M. Chevandier aux termes duquel : « Les articles visant et punissant l'exercice illégale de la médecine ne pourraient leur être appliqués que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles et où sous le couvert de leurs procédés, ils prescriraient des médicaments, cherchaient à réduire des luxations ou des fractures. Ils invoquaient aussi le rapport de M. le Dr Cornil au Sénat, qui laisse à la jurisprudence toute latitude pour examiner les actes d'exercice illégal de la médecine.

Or le jugement que nous commentons applique l'article 18 de la loi aux magnétiseurs parce qu'ils ont voulu « faire croire qu'ils ont des titres justifiant d'études sérieuses et ont acquis les connaissances scientifiques leur donnant toute compétence pour traiter eux-mêmes les maladies et faire concurrence aux médecins ».

Le jugement n'a pas dégagé suffisamment la question de principe parce qu'il se trouvait en face d'une espèce particulière où les prévenus, usant de manœuvres frauduleuses, avaient fait croire à la malade, dont l'état s'était aggravé, à leur compétence médicale.

Une distinction s'impose selon nous pour comprendre l'article 18. Quand les masseurs-magnétiseurs ne sont que les exécuteurs de l'ordonnance du médecin la loi cesse de leur être applicable, mais quand ils improvisent le traitement, en un mot quand ils prescrivent le remède et l'appliquent en même temps, l'acte devient alors délictueux et constitue un fait d'exercice illégal de la médecine (1).

Il est intéressant d'opposer aux jugements prononcés par le Tribunal et la Cour d'Angers acquittant les magnétiseurs poursuivis, les considérants de la 10e chambre correctionnelle de la Seine ratifiés par la Cour de Paris qui interprètent sainement la loi sur l'exercice de la médecine dans un procès intenté à deux magnétiseurs dans un jugement prononcé le 6 janvier 1899 :

En droit : Attendu que les prévenus soutiennent qu'il leur est licite, sans diplôme de docteur en médecine ni d'officier de santé, de soigner habituellement toutes les maladies pourvu que leur traitement ne consiste pas à administrer des médicaments; qu'ils invoquent dans leurs conclusions l'avis exprimé par le Dr Chevandier, rapporteur de la loi du 30 novembre 1892;

Attendu que le rapport de M. Chevandier, du 11 juin 1892, contient, en effet, le passage suivant :

« Récemment, un volumineux dossier nous a été remis; il est formé des protestations formulées par les masseurs et les magnétiseurs. Où donc ont-ils vu un article qui visât leurs pratiques? Les articles visant et punissant l'exercice illégal de la médecine ne pourraient leur être appliqués que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles et où, sous le couvert de leurs procédés, ils prescriraient des médicaments, chercheraient à réduire des luxations ou des fractures. Jamais notre intention n'a été de les viser. C'est donc mal à propos qu'ils ont pris l'alarme! »

Mais attendu que l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 est conçu dans les termes les plus généraux; qu'il interdit formellement à toute personne non munie d'un diplôme délivré par une faculté de médecine, de prendre part habituellement ou par directions chirurgicales, sauf en cas d'urgence avérée; que ce texte ne subordonne pas l'existence de l'infraction qu'il prévoit à l'administration de médicaments, mais qu'il frappe, abstraction faite du mode de traitement, tout exercice habituel de l'art de guérir sans diplôme de médecin; que le passage du rapport de M. Chevandier cité en partie dans les conclusions des prévenus ne paraît pas avoir la portée que ceux-ci lui attribuent; que ce passage semble avoir simplement pour objet d'indiquer que les pratiques magnétiques de même que les opérations de massage, ne doivent pas être considérées comme constituant par elles-mêmes l'exercice de la médecine; que, par suite, les expériences magnétiques faites soit dans un but scientifique, soit pour constituer un simple spectacle, seraient permises à toute personne, même non munie d'un diplôme de médecin, mais que rien n'autorise à admettre que le législateur ait voulu laisser les simples magnétiseurs libres de traiter les maladies au moyen de procédés qu'ils emploient; qu'en effet, M. Chevandier, dans son rapport, répondait à la pétition envoyée par un groupe de magnétiseurs et de masseurs, lesquels demandaient au Parlement d'ajouter au projet de loi sur l'exercice de la médecine un article qui, s'il avait été inséré dans la loi, pourrait faire absoudre les prévenus, et qui était ainsi conçu :

« L'action magnétique et le massage étant œuvres exclusivement manuelles, restent dans la thérapeutique naturelle au même titre que les bains, l'air et la lumière; leurs partisans ne tomberont pas sous le coup des lois ci-dessus tant qu'ils resteront dans leurs attributions »;

Attendu que, ni cet article, ni une disposition analogue, n'a été insérée dans la loi du 30 novembre 1892; que, d'autre part, la commission a rejeté un amendement de M. le Dr David, député, tendant à assimiler l'hypnotisme appliqué au traitement des maladies à l'exercice de la médecine; qu'ainsi, il n'y a pas d'argument sûr à tirer des travaux préparatoires;

Attendu, en réalité, que d'après les explications de M. le Dr Cornil dans son rapport au Sénat, le 21 décembre 1891, on a renoncé à énumérer avec précision les actes constituant ou ne constituant pas l'exercice de la médecine et qu'on a préféré « laisser aux tribunaux plus de latitude dans l'appréciation de l'exercice illégal »;

Attendu que les prévenus n'allèguent pas seulement une tolérance du législateur, qu'ils invoquent de prétendus titres scientifiques et ont déposé à la barre du tribunal une sorte de diplôme orné d'un sceau et ainsi libellé :

« Université libre des hautes études. — Faculté des Sciences magnétiques. — Ecole pratique de magnétisme et de massage sous le patronage de la Société magnétique de France. — Enseignement supérieur libre reconnu par décision du 26 mars 1895. — Diplôme de magnétisme, masseur praticien. — La Société magnétique de France... Vu le certificat d'aptitude au titre de magnétiseur masseur-praticien accordé aujourd'hui par le jury d'examen sur avis conforme des professeurs de la Faculté des sciences magnétiques, à M. Desbouis (Charles), né à Sichés (Nièvre), le 31 mai 1844. — Vu l'approbation donnée à ce certificat par la direction de ladite Faculté. Ratifiant ce certificat, donne par les présentes, à M. Desbouis, le diplôme de magnétiseur masseur-praticien. Fait à Paris, le 3 juillet 1897. » (Suivent les signatures du président du jury d'examen, du président de la Société magnétique de Paris et du secrétaire, etc., etc.)

Attendu que les prévenus, en se targuant dans leurs prospectus et dans leurs conclusions devant le tribunal de ce titre de diplômé de la Faculté des sciences magnétiques, s'appliquent à faire croire qu'ils ont des titres justifiant d'études sérieuses et ont acquis les connaissances scientifiques leur donnant toute compétence pour traiter eux-mêmes les maladies et faire ainsi concurrence aux médecins;

Attendu que si leurs pratiques sont sans aucun effet sur la santé, elles peuvent du moins empêcher le client qui s'y fie de recourir en temps utile à un médecin dans le cas où une médication prompte et énergique serait nécessaire; que si, au contraire, ces pratiques agissent sur l'organisme humain et produisent certains résultats, elles ne seraient pas absolument inoffensives et ne devraient dès lors être utilisées pour le traitement des maladies que par des personnes compétentes, qu'ainsi, dans l'une ou l'autre hypothèse, la prétention des prévenus de traiter les maladies peut compromettre la santé et la vie des citoyens et qu'il y a intérêt public à réprimer leurs actes, etc.

(1) Dans le sens du jugement recueilli : Seine, 26 janvier 1893 (*Gazette du Palais*, 1893, 1, 156). — Sirey, 1894, 2, 281; Tribunal correctionnel de Lille, 8 juillet 1897 (*Gaz. Pal.* 97, 2, 121). — En sens contraire, Angers, 28 juin 1894 (*Gaz. Pal.*, 94, 2, 99. — S. 94, 2, 252), 23 juillet 1897 (*Gaz. Pal.*, 97, 2, 261).

VARIA

Hôpitaux de Paris.

Cours et conférences cliniques de MM. les Médecins, Chirurgiens et Accoucheurs.

Hôtel-Dieu. — MM. les Drs Cornil, conférences d'anatomie pathologique, jeudi, 9 h. 1/2, Laboratoire; conférences de chimie clinique, samedi, 9 h. 1/2, Laboratoire. — Ferrand, conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique, jeudi, 10 heures, Laboratoire de la salle Sainte-Anne.—Gingeot, clinique médicale, jeudi, 10 heures, Salles Saint-Louis et Sainte-Marie. — Championnière, clinique chirurgicale, jeudi, 10 heures, Amphithéâtre Desault; opérations abdominales, mardi, 9 heures, Salle de gynécologie. — Chevalier, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2, Consultation.

Pitié. — MM. les Drs Albert Robin, maladies de la nutrition, lundi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre des cours. — Faisans, maladies des voies respiratoires, tous les jours, 9 h. 1/4, Salle Piorry. — André Petit, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, Salle Trousseau. — Babinski, maladies du systeme nerveux, samedi, 10 h. 1/4, Annexe de la salle Grisolle. — Thibierge, maladies de la peau, dimanche, 10 heures, Amphithéâtre des cours; consultations, mercredi, samedi, 9 heures, Salle des consultations spéciales; operations dermatologiques, mardi, 9 heures, Salle Cruveilhier. — Picqué, examen des malades nouveaux, lundi et vendredi, 9 heures, au lit des malades; opérations, mardi, mercredi, samedi, Salle d'opérations. — Lepage, conférences cliniques, mercredi, 10 heures. Service d'accouchement. — Thiéry, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2, Salle de la consultation externe.

Charité. — MM. les Drs Gouraud, conférences cliniques, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. — Moutard-Martin, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Oulmont, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades. — Campenon, conférences cliniques, jeudi, Amphithéâtre ; opérations, mardi, samedi.

Saint-Antoine. — MM. les Drs Brissaud, maladies du système nerveux, jeudi, 10 heures, Salle des conférences, en hiver. — Ballet, maladies du système nerveux, dimanche, 10 heures, Salle des conférences, en hiver. Un avis spécial annoncera la date de la reprise des cours.— Gaucher, maladies de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi, 10 heures, Salle des consultations spéciales. — A. Siredey, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi, Salles Bichat et Chomel ; consultation de gynécologie, mardi, samedi, 9 h. 1/2; conférences de gynécologie médicale, jeudi, 10 heures, à l'annexe de la Salle Chomel.— Lermoyez, maladies du nez, du larynx et des oreilles ; conférences techniques et de thérapeutique spéciale, mardi, samedi, 9 h. 1/2; opérations, lundi, vendredi, 9 h. 1/2, Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — Galliard, maladies du poumon et de la plèvre, mardi, 9 h. 1/2, Salle Nélaton.— Gilles de la Tourette, maladies du système nerveux, mercredi, vendredi, 10 heures, Laboratoire Axenfeld. — Béclère, maladies des organes thoraciques, tous les jours, 9 h. 1/2, Salle Marjolin; radioscopie médicale, dimanche, 10 heures, Salle des conférences. — Bar, examen des malades, tous les jours, 9 heures, Maternité.

Necker.— MM. les Drs Rendu, leçons cliniques, jeudi, 10 heures, Amphithéâtre. — Henri Huchard, clinique et thérapeutique (maladies du cœur), mardi, 9 h. 1/2, Pavillons des salles Delpech et Chauffard. — Cuffer, conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi, 9 h. 1/2, Pavillon Peter; leçons de pathologie clinique, mardi, 10 h. 1/2, Pavillon Peter ; leçons cliniques, tous les jours, au lit des malades. — Barth, conférences cliniques, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades — Routier, leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, mardi, 9 heures, Amphithéâtre, à partir du 1er juin.

Cochin. — MM. les Drs Chauffard, conférences de clinique médicale, samedi, 10 heures, Amphithéâtre du service. — Delpeuch, maladies générales et diathèses, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. — Schwartz, chirurgie générale, mercredi, 10 h. 1/2, Réfectoire du pavillon des hommes. — Quénu, pathologie chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

Beaujon. — MM. les Drs Fernet, conférences cliniques, mardi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Debove, conférences cliniques, lundi, mardi, mercredi, vendredi samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Troisier. Conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Lacombe, Conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. — A. Marchand. clinique chirurgicale, mardi, 9 heures, Amphithéatre, opérations abdominales, lundi, vendredi, 11 heures, pavillon Dolbeau. — Bazy, conférences cliniques et consultations pour les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Chirurgie générale, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Opérations de gynécologie. Mardi, jeudi, 9 h. 1/2, Pavillon Dolbeau.

Lariboisière. — MM. les Drs Duguet, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Gouguenheim, laryngologie, rhinologie, otologie, tous les jours, 9 heures, salle de la consultation ; opérations, mercredi, 9 heures, Pavillon Davaine. — Landrieux, clinique médicale, samedi, 10 heures, au lit des malades ; consultation externe de gynécologie, jeudi 9 heures, Salle de gynécologie. — Dreyfus-Brisac, conférences de pathologie clinique, mardi, 9 h. 1/2, Salle Maurice Raynaud.— Tapret, conférences de pathologie clinique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Delens, maladie des yeux, tous les jours, 9 heures, Salle de l'ophtalmologie. — Peyrot, clinique chirurgicale. jeudi, 10 heures, Grand amphithéâtre; mardi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. — Paul Reynier, clinique chirurgicale, samedi, 10 heures, Amphithéâtre Gosselin; tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Tuffier, visite et interrogatoire des élèves, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades ; opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, Salle d'opérations; clinique, jeudi, 9 h. 1/2, Amphithéatre. — Bonnaire, clinique obstétricale, tous les jours, 9 heures, Maternité.

Tenon. — MM. les Drs Brault, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Bourcy, leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, Salle Lelong ; tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Le Gendre, Leçons de clinique et de thérapeutique, lundi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Giraudeau, leçons cliniques, vendredi 9 heures, Salle Gérando. — Ménétrier, clinique médicale, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. — Duflocq, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, Au lit des malades ; vendredi, 10 h. 1/2, Laboratoire. — Félizet, chirurgie infantile, tous les jours, excepté le jeudi, au lit des malades. — Poirier, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades.

Laënnec. — MM. les Drs Landouzy, Séméiotique, mardi, 10 h., Amphithéâtre ; Conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; Leçons cliniques, jeudi, 10 heures, amphithéâtre. — Merklen, visite et conférences de séméiologie, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades ; Leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, amphithéâtre; Conférences de bactériologie, lundi, 10 h. 1/4, Amphithéâtre. — Barié, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades; Séméiologie générale et maladies du cœur, mercredi, 10 heures, Amphithéatre. — Hirtz, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2; au lit des malades; Conférences de thérapeutique clinique, vendredi, 10 heures, Amphithéâtre. — Reclus, Examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; Thérapeutique chirurgicale, samedi, 10 heures, Amphithéatre. — Florand (Service temporaire), examen des malades. Leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Paul Claisse, conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi, 10 heures, Consultation.

Bichat. — MM. les Drs Roques, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Talamon, visite des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, salles Louis et Bazin. — Terrier (Dr Hartmann, assist.), clinique chirurgicale, lundi, vendredi, 9 h. Salles Chassaignac et Jarjavay; Opérations abdominales, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. — Barbier, Conférences de séméiologie et de thérapeutique, tous les jours, 9 h. 1/2, Salle de la consultation. — Guillemain, exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2, Salle de la consultation.

Andral. — M. le Dr Mathieu, maladies des voies digestives (leçon clinique), vendredi, 10 heures.

Broussais. — MM. les Drs Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 10 heures, au lit des malades.— Œttinger, conférences de clinique et de séméiotique, mardi, jeudi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Michaux, conférences de chirurgie générale et de gynécologie, mardi, samedi, 10 heures; visite et opérations, tous les jours, 9 heures.

Boucicaut. — MM. les Drs Letulle, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2.— Gérard-Marchant, opérations, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures ; leçons de clinique, mardi, 10 heures ; visite des malades, jeudi, samedi, 9 heures. — Doléris, affections gynécologiques (grossesse, accouchement, suites de couches), lundi, 10 heures, Maternité ; exercices pratiques d'obstétrique, vendredi, 10 heures, Maternité. — Demoulin, conférences, samedi, 10 heures, Salle de la consultation.

Hérold. — M. le Dr Launois, conférences cliniques, jeudi, 9 h. 1/2, Salle de la consultation.

Saint-Louis. — MM. les Drs Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche, 9 h. 1/2, Salles des conférences du musée, octobre, novembre, décembre 1899; examen et discussion des nouveaux malades, mardi, vendredi, 9 h. 1/2. — Tenneson, Consultation externe, mardi, 9 heures, 38, rue Bichat ; examen des nouveaux malades, mercredi, 9 heures, Laboratoire Alibert; opérations dermatologiques, vendredi, 9 heures, Laboratoire Alibert. — Du Castel, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, 2 heures, Salle des conférences, à partir du mois de décembre ; traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2, Laboratoire Cazenave ; examen et discussion des nouveaux malades (policlinique), jeudi, 9 heures, Salle Cazenave. — Danlos, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi ; examen et discussion des nouveaux malades (policlinique), mercredi, samedi. — Balzer, conférences cliniques. vendredi, 1 h. 1/2, Musée. — Richelot, conférences cliniques, lundi et vendredi, 9 h., Isolement ; opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi, 9 h., Isolement. — Nélaton, clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. — Ricard, conférences et opérations, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Legueu, conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, 10 heures, Salle de la consultation.

Ricord. — MM. les Drs Alex. Renault, affections vénériennes et cutanées, mercredi, 2 heures, Salle des cours. — Queyrat, maladies de la peau (policlinique), lundi 9 heures, Salle des cours; maladies des voies urinaires (policlinique), mardi, 8 h. 1/2, Salle d'opérations, maladies vénériennes, conférences cliniques, vendredi, 10 heures, Salle des cours, consultation externe, mercredi et samedi, 9 heures, Salle de la consultation, examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi et dimanche, 9 heures, salle d'opérations.

Broca. — MM. les Drs De Beurmann, leçons sur les affections vénériennes et cutanées, mardi, 10 heures, Salle Goupil.— Brocq, petite chirurgie dermatologique, mardi, 8 heures, Salle Vidal; examen clinique des malades atteintes d'affections vénériennes, jeudi, samedi, 8 heures, au lit des malades, conférences sur le traitement des maladies de la peau, lundi, mercredi, vendredi,

8 heures, Salle de la consultation. — Pozzi, opérations, lundi, mercredi, 10 heures, clinique gynécologique, lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, Amphithéâtre du service; démonstrations histologiques, samedi, 10 heures, laboratoire du service.

Enfants-Malades. — MM. les Drs Descroizilles, maladies infantiles, samedi, 9 heures, Salle de consultation; mercredi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre ou salle Blache. — D'Heilly, leçons cliniques, mardi, au lit des malades. — Moizard, leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades. — Sevestre, leçons cliniques sur la diphtérie, mardi, jeudi, samedi, Salle de la conférence du service. — Comby, leçon de thérapeutique clinique, mardi, 9 heures, Salle de consultation; leçons cliniques, mercredi, 9 heures, Salle de Chaumont. — Lannelongue (Dr Villemin, assistant), conférences cliniques, mercredi et vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades; conférences faites par le Dr Lannelongue; samedi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre, conférences faites par le Dr Villemin. — Brun, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Trousseau. — MM. les Drs Josias, clinique infantile, mardi, vendredi, 9 heures, Salles Blache et Barrier. — Netter, clinique infantile, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, Salles Bouvier et Archambault. — Variot, clinique infantile, tous les jours (excepté le vendredi) de 10 heures à 11 heures, Salle Lugol. — Richardière, clinique infantile (diphtérie), tous les jours, 10 heures, Pavillon Bretonneau; leçons cliniques le samedi. — Kirmisson, chirurgie infantile, mardi et samedi, 10 heures, Salle d'opérations. — Broca, chirurgie infantile, mardi et samedi, 9 heures, Salle de consultation.

Salpêtrière. — MM. les Drs Déjerine, maladies du système nerveux, mercredi, 9 1/4, jeudi, 5 heures, Salle de la consultation externe. Le cours du jeudi commencera en avril; consultation externe-policlinique nerveuse, mercredi, 9 h 1/2, Salle de la consultation externe. — Segond, clinique gynécologique, lundi, 10 h. 1/2; opérations, samedi, 10 h. 1/2. — Jules Voisin, maladies mentales, jeudi, 10 heures, Section Esquirol, de février à mai. — Charpentier, maladies mentales, mercredi, 11 heures, Section Pinel, à partir du mois de mai. — Deny, maladies mentales, jeudi, 10 heures, Section Rambuteau, à partir du mois de mai.

La Rochefoucauld. — M. le Dr Darier, maladies de la peau. — Conferences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi. 9 heures, Salle de la consultation externe.

Société obstétricale de France.

La Société obstétricale de France tiendra sa septième session à Paris, les jeudi 6, vendredi 7, et samedi 8 avril, dans l'amphithéâtre de physique de la Faculté de Médecine. Les séances auront lieu le matin, à 9 heures, et l'après-midi, à 2 heures.

Les communications annoncées dès aujourd'hui sont les suivantes :

MM. Bar (de Paris). Pratique personnelle de la symphyséotomie. Pratique personnelle de l'opération césarienne. — Boissard (de Paris). Deux cas de mort par omphalorrhagie tardive.— Bossi (de Gênes). 1° Quelques notes de physiologie et de pathologie de la grossesse, dans les jours correspondant à la période menstruelle; 2° deux cas de grossesse gémellaire intra et extra-utérine; 3° de l'ostéomalacie. — Bouchacourt et Brindeau (de Paris). Recherches sur le bassin du nouveau-né. — L. Bouchacourt (de Paris). Présentation de tubes de Crookes spéciaux pouvant s'introduire dans le vagin et dans le rectum, et permettant l'examen de la symphyse pubienne et du sacrum. Présentations de bobine unipolaires activant ces tubes à l'aide d'un fil unique, le pôle étant relié au sol. — Budin (de Paris). Alimentation du nouveau-né débile.— Charles (de Liège). Parallèle entre les diverses opérations à pratiquer dans les vices du bassin. — Chavane (de Paris). Extraction de l'arrière-faix après l'avortement (expression abdomino-vaginale de Budin). — Chavane et Planchon (de Paris). Deux cas d'angine à streptocoque, point de départ d'une épidémie à la Clinique Tarnier. (Aucune mortalité chez les mères. Mortalite chez les enfants). — Demelin (de Paris). Du forceps. — Favre (de La Chaux-de-Fonds). 1° Comparaison d'un accès d'urémie sans gravidité avec un état éclamptique chez la même personne à une année d'intervalle; 2° trois complications curieuses du puerperium dans trois cas isolés : *a*) diphtérie puerpérale; *b*) blennorrhagie; *c*) érysipèle chronique.— Fournier (d'Amiens). Loi utéro-fœto-placentaire.— Gotchaux (de Paris. Syphilis et allaitement — Keiffer (de Bruxelles). 1° Recherches sur l'ovogenèse; 2° anatomie et physiologie vésicale; 3° nouvelles recherches sur la menstruation, sur la pathogénie des fibro-myomes, sur la sclérose du muscle utérin. Projections microscopiques). — O. Macé (de Paris). Considérations sur le traitement de la septicémie puerpérale. — Maygrier (de Paris). Hémorragie du segment inférieur de l'utérus. — Poux (de Toulouse). Un cas de version dans un bassin vicié par rachitisme. — Rivière (de Bordeaux). 1° Sur un cas de psychose puerpérale; 2° une série d'insertions vicieuses du placenta; 3° fibrome très volumineux semblant devoir faire obstacle à l'accouchement : terminaison spontanée. — Stapfer (de Paris). Application de la kinésithérapie à l'obstétrique, etc., etc.

Les Secouristes français.

Dimanche 26 mars, a eu lieu dans la grande Salle des Fêtes du Trocadéro, l'assemblée générale annuelle de la Société des *Secouristes français*, fondée il y a six ans seulement par notre collaborateur Albin Rousselet, et reconnue aujourd'hui d'utilité publique. Cette Société a pour but d'instruire le public sur les soins à donner aux malades et blessés *en attendant l'arrivée du médecin*. Plus de trente sections, dirigées par un docteur en médecine, fonctionnent actuellement dans le département de la Seine. Caen et Laon possèdent également des Secouristes, ainsi que New-York où, il y a quelques années, un de nos compatriotes a fondé les Secouristes français de New-York. Hommes et femmes sont admis dans la Société, et ils ont eu maintes fois à donner leurs soins aux malades ou blessés de la rue et de l'atelier. Plus tard, quand elle sera riche, la Société installera des postes fixes de secours.

La cérémonie, présidée par M. Delombre, Ministre du Commerce, assisté de MM. Laurent, secrétaire général de la Préfecture de Police, Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, Funck-Brentano, président, Floquet, Albin Rousselet, vice-présidents de la Société, de Friedberg, secrétaire général, Drs Butte, Kortz, Gillet, Damico, membres du Conseil d'administration, etc., ainsi que tous les médecins professeurs. A la suite des discours officiels, un brillant concert a terminé cette belle fête des Secouristes, dont les fonctions modestes sont appelées à rendre de réels services au public et aux médecins.

Monument au Dr Jean Hameau (de La Teste, Gironde).

Un modeste médecin de campagne, le Dr Jean Hameau, né en 1779, mort en 1851, a été dans ces dernières années officiellement reconnu comme ayant, près de quarante ans avant Pasteur, découvert et appliqué les principes de la théorie microbienne, si admirablement développée par l'illustre Maître, dont l'univers entier bénit aujourd'hui l'œuvre et le nom.

Les médecins de la Gironde, à la suite de la consécration des découvertes du médecin de La Teste, publiquement faite par M. le Pr Grancher à la cérémonie d'inauguration de la statue de Pasteur, ont eu une pieuse idée. Ils ont voulu élever un monument à la mémoire de leur compatriote, et conserver ainsi aux générations futures le nom de celui dont le génie ouvrit la voie suivie plus tard par l'immortel Pasteur.

Un Comité, à la tête duquel figurent des membres de l'Institut et de l'Académie de Médecine, et la plupart des professeurs de la Faculté et des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, a été chargé de vulgariser l'œuvre et de faire appel à tous ceux qui considèrent comme un devoir de perpétuer à travers les siècles le souvenir de leurs plus illustres compatriotes.

Jean Hameau peut, de ce chef, compter parmi les médecins qui ont rendu à l'humanité des services exceptionnels, et les médecins girondins ont eu raison de formuler le vœu dont l'accomplissement répondra à un acte de justice : l'hommage rendu au modeste savant dont le génie et les découvertes furent un bienfait pour l'humanité entière et conduisirent Pasteur à l'immortalité.

Les souscriptions au monument Jean Hameau peuvent être adressées au journal ou directement au trésorier du Comité d'exécution, M. le Dr Hirigoyen, 10, rue d'Enghien, à Bordeaux.

Fièvre typhoïde a Mayenne. — Il existe une épidémie grave de fièvre typhoïde à Mayenne. D'après les renseignements qui nous sont donnés, il y aurait actuellement dans les salles militaires de l'hôpital mixte *trente-deux* malades.

Le nombre des Médecins en Russie. — Les statistiques d'un docteur-médecin montrent en janvier 1898, pour Moscou 14 médecins, pour Charkow 5 et pour Kiew 3. Le nombre des étudiants en médecine s'éleva au 1er janvier 1899, pour Moscou à 1.294 sur un total de 4.407 étudiants, pour Kiew à 895 sur 2.606, pour Charkow à 709 sur 1.387.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 mars au samedi 11 mars 1899, les naissances ont été au nombre de 1.245, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 468, illégitimes, 179. Total, 647. — *Sexe féminin* : légitimes, 436, illégitimes, 162. Total, 598.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 5 mars au samedi 11 mars 1899, les décès ont été au nombre de 1.195, savoir : 614 hommes et 581 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 4. T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 13. T. 19. — Scarlatine : M. 4, F. 0, T. 4. — Coqueluche : M. 7, F. 13, T. 20. — Diphtérie. Croup : M. 0. F. 3, T. 3. — Grippe : M. 5, F. 8, T. 13. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 91, T. 216 — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 16, T. 28. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 8, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 33, T. 51. — Méningite simple : M. 16, F. 9, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 41, F. 19, T. 60. — Paralysie, M. 7, F. 8, T. 15. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 2, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 40, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 8, T. 21. — Bronchite chronique : M. 25, F. 13, T. 38. — Broncho-pneumonie : M. 24, F. 35, T. 59. — Pneumonie : M. 35, F. 42, T. 77. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 45, F. 53, T. 98. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 12, T. 18. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 12, F. 35, T. 47. — Suicides : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres morts violentes : M. 9, F. 8, T. 17. — Autres causes de mort : M. 91, F. 71, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 14, F. 4, T. 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 15. Total : 36.

Faculté de Médecine de Paris. — *Manœuvres obstétricales.* — M. Wallich, agrégé, fera sa première démonstration au Grand Amphithéâtre de l'École pratique, le lundi 1er mai 1899, à 5 heures de l'après-midi. Les démonstrations suivantes auront lieu le lundi à la même heure. Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le mardi 2 mai, à 3 heures et se continueront tous les jours, à 3 heures (pavillon n° 6). Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au Secrétariat (guichet n° 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement. Le montant des droits est de 50 francs. Les démonstrations du lundi au Grand Amphithéâtre de l'École pratique sont publiques et gratuites. Les élèves inscrits régulièrement recevront une lettre de convocation spéciale.

Service de Santé de la Marine. — A été porté à la 1re classe de son grade, pour compter du 22 mars 1899, M. Guès, directeur du service de santé de 2e classe, à Rochefort. M. Gouzer, médecin principal à Brest, est désigné, au 2e tour, pour remplacer au 2e régiment d'artillerie de marine, à Cherbourg, M. le Dr Hervé, passé, sur sa demande, au 8e régiment d'infanterie de marine à Toulon.

Cours complémentaire de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. le Dr Castex, chargé du cours complémentaire, reprendra son cours à l'Amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), le mardi 18 avril 1899, à 3 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit. Les exercices pratiques ont lieu sous la direction de M. le Dr Castex, assistés de MM. les Drs Collinet, Chaillous et Rabé, anciens internes des hôpitaux. Examen et traitement des malades tous les jours, de 3 heures à 5 heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Bret.

Contre l'abus du tabac. — Sur la proposition de M. le Dr Devins, député de la Haute Loire, rapporteur de la commission des pétitions, celle-ci vient de décider le renvoi au Ministre de la Justice, avec avis très favorable, de la pétition de la Société contre l'abus du tabac tendant à obtenir une loi interdisant aux enfants au-dessous de seize ans de faire usage du tabac.

Nécrologie. — Le *Petit Var*, du 22 mars, annonce la mort à Antibes de M. Charles Naudin, membre de l'Institut, à l'âge de 84 ans. Né à Autun le 14 août 1815, Naudin étudia d'abord la médecine à Montpellier, puis alla prendre à Paris ses grades de licencié et docteur ès sciences. Collaborateur de A. Saint-Hilaire, puis professeur au collège Chaptal, il dut abandonner l'enseignement en 1848, pour cause de santé, et fut nommé aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle. En 1863, il remplaça M. Moquin-Tandon à l'Académie des sciences. En 1878, il fut appelé à la direction du magnifique Jardin botanique, fondé à Antibes par M. Thuret et légué à l'Etat : c'est là qu'il a vécu les dernières années d'une existence bien remplie. — M. le Dr Lucas, ancien président du Conseil supérieur de santé de la marine. — M. le Dr Christian-Cattier, au château du Coudray (Trois-Moulins, près Melun). — M. le Dr Savornin (de Marseille). — M. le Dr A. Georges Steinmetz (de Saint-Dié). — M. Mavrogheni-Pacha, premier médecin particulier du Sultan. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Péron, ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'argent), sur lequel nous publierons un article nécrologique dans notre prochain numéro.

Étudiant en Médecine, quatrième année, externe des Hôpitaux, désirerait emploi dans clinique particulière ou établissement d'Assistance privée. Ecrire A. Roblot, 11, rue d'Ulm.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Andral. — *Maladies de l'appareil digestif* : MM. Albert Mathieu, médecin des hôpitaux et Maurice Soupault, ancien interne des hôpitaux : samedi à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Jules Voisin. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi à 10 heures du matin.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Clinique Tarnier. — M. le Pr P. Budin : leçons de Clinique obstétricale (semestre d'été), les mardis et samedis à 10 heures. — Visite des malades tous les jours à 9 heures. — Un cours complet d'accouchement sera fait en trois mois, avec manœuvres opératoires, par MM. les Drs Démelin, accoucheur des hôpitaux, et Brindeau. — Exercices de diagnostic : MM. les Drs Chavane, chef de Clinique, et Macé. — Exercices de laboratoire : MM. les Drs Michel et Brindeau. — M. le Dr Galippe, chef de laboratoire.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Gilles de la Tourette. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10 h., laboratoire Axenfeld.

Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — M. le Dr Marcel Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, reprendra ses conférences pratiques le samedi 15 avril, à 9 h. 1/2 du matin. Le mardi : conférence de séméiologie et de diagnostic, le samedi : conférence de thérapeutique ; le lundi : petites opérations spéciales ; le vendredi : opérations sur l'oreille et les sinus de la face.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 14. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 AVRIL 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*), par L. Fiaux. — CLINIQUE CHIRURGICALE : Luxation vertébrale avec fractures du crâne et du sternum, par G. Bouvet et A. Petit, internes à la maison de Nanterre. — BULLETIN : Xe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de langue française à Marseille ; — Le septième Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques, par J. Noir ; — Projet d'impôt sur les eaux minérales, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Marseille* : Des délires systématisés secondaires, rapp. du Dr Anglade (an. p. A. Marie). — *Académie de Médecine* (Algidité progressive des nouveau-nés, par Hervieux; — Combinaison iodée du soufre, par Prunier ; — Nouveau traitement de l'exophtalmie, par Roure), par A.-F. Plicque. — *Société obstétricale de France*, par L. M. — *Société d'Obstétrique de Paris* (Enfant présentant des malformations multiples : spina bifida, scoliose, asymétrie pelvienne, division du voile du palais, par Bouchacourt et Dubrisay), par H. Chéron. — REVUE DE CHIRURGIE : A propos de divers procédés d'hystérectomie. — VARIA : Les cliniques et la patente des médecins ; — Les étudiantes dans les Universités allemandes. — NÉCROLOGIE : M. A. Péron, par A.-F. Plicque. — FORMULES : Traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées d'iode ; — Liquides vésicants de Guépin ; — Traitement de la gale en ville. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*) (1).

Par le Dr L. FIAUX.

III

Statistiques médicales du dispensaire et de l'hôpital de 1885 à 1896. — Nombre des femmes inscrites présentes ; des visites ; des instruments pour maladies spécifiques. — Nombre proportionnel des syphilis. — Observations sur la réinscription qui suit les récidives dans les cas de syphilis. — Réponse à une thèse du Dr Félix Regnault. — Parallèle de l'état sanitaire des femmes en maison à Genève et à Paris, en Belgique et en Russie. — Statistiques relatives aux autres affections spécifiques. — Existe-t-il une corrélation de fréquence numérique entre la syphilis et ces autres affections spécifiques? — Un mot sur les progrès de la bactériologie et les limites de la juridiction médicale des dispensaires.

La méthode statistique employée à Genève est donc, nous l'avons dit, la vieille méthode employée par l'immense majorité des polices de mœurs européeenes : la scientifique méthode de statistique individuelle inaugurée par l'éminent E.-L. Sperk, médecin de l'hôpital Kalinkinsky à Saint-Pétersbourg 1 , dont le nom doit occuper dans l'histoire de la sociologie médicale contemporaine une place analogue à celle de Parent-Duchatelet, n'y est pas plus appliquée pour l'état des maladies que pour celui des inscriptions.

Ce premier tableau vise de 1885 à 1896 le nombre annuel des visites faites à chaque femme, la moyenne des femmes présentes par visite, enfin le nombre total des femmes envoyées dans l'année à l'hôpital sans spécialisation de diagnostic : rappelons que jusqu'en 1888 la visite avait lieu tous les cinq jours et que depuis elle a lieu deux fois par semaine. L'internement se fait à l'hôpital cantonal : il n'existe pas de prison sanitaire comme notre Saint-Lazare à Genève.

ANNÉES.	Nombre des visites.	Moyenne des femmes par visite.	Nombre des femmes envoyées à l'hôpital.
1885 (1er mars)	73	85	45
1886	73	88	21
1887	73	104	35
1888	73	84	24
1889	104	78	21
1890	104	84	50
1891	104	76	101
1892	105	78	62
1893	104	80	71
1894	104	85	105
1895	104	90	88
1896 (1er décembre)	100	105	106

De l'examen de ce premier tableau on serait amené, en rapprochant le nombre des femmes présentes et le nombre des femmes envoyées à l'hôpital durant l'année, à opter entre l'une ou l'autre des interprétations suivantes : 1° ou la totalité des femmes en maison a été intégralement contagionnée certaines années (en 1891, 1875, 1895) et a dû passer par l'hôpital, conclusion certainement exagérée ; 2° ou le nombre des maladies syphilitiques et vénériennes et de leurs récidives a été tel qu'en fin de compte le chiffre des femmes en état de morbidité et de rechute égale tantôt la moitié, tantôt le tiers ou au moins le quart du nombre constant des femmes en activité dans les maisons. En tout cas, quelle que soit l'interprétation, sans même qu'il soit nécessaire de spécifier comment est obtenu ce chiffre total élevé de maladies, et de montrer qu'il est exclusivement fourni soit par des femmes inscrites pour la première fois, soit par des femmes malades et soignées, radiées et reinscrites après cure des récidives, ou bien par une proportion déterminée de ces deux catégories mélangées, on est en droit de tenir en général, dès ce premier tableau, l'état sanitaire des femmes de maison comme fort inquiétant.

Les tableaux suivants n'infirment pas cette conclusion au moins pour nombre d'années. Nous reviendrons tout à l'heure du reste sur cette question si mal éclair-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 5, 9 et 12.

(1) Né à Mgline (gouvernement de Tchernigoff) le 14 janvier 1837, Sperk est mort le 3 mai 1894. Ses principaux mémoires ont été, à diverses reprises, traduits en français. Ses œuvres complètes ont été réunies et traduites dans notre langue par les Drs Œlsnitz et de Kervilly (2 vol. in-8, Paris, O. Douin, 1896), avec une préface de Lancereaux.

cie du jugement à porter sur l'état sanitaire d'un personnel global où les récidivistes peuvent être statistiquement et cliniquement toujours assez constamment présentes et nombreuses pour faire de ce personnel sans discontinuité aucune, un groupement prostitutionnel dangereux.

Le second tableau vise pendant la même période duodécimale le nombre annuel des femmes de maison atteintes de syphilis rapporté au nombre moyen des présentes à chaque visite, ou mieux des présentes en maisons au moment de chaque visite ; la distinction des trois périodes cliniques de la syphilis est établie.

ANNÉES	Moyenne des femmes par visite.	Nombre des femmes atteintes de syphilis primaire.	Nombre des femmes atteintes de syphilis secondaire	Nombre des femmes atteintes de syphilis tertiaire.	TOTAUX
1885 (1er mars).	85	—	6	1	7
1886	88	—	11	—	11
1887	104	—	7	—	7
1888	84	—	5	—	5
1889	78	—	7	—	7
1890	84	1	16	—	17
1891	76	1	25	—	26
1892	78	—	14	—	14
1893	80	2	10	—	12
1894	85	1	7	—	8
1895	90	—	8	—	8
1896 (1er déc.).	105	1	4	—	5

Le diagnostic inscrit ici n'est pas le diagnostic toujours un peu hâtivement fait au dispensaire, mais celui qui a été définitivement formulé à l'hôpital cantonal où l'observation prend son temps. A Paris, le diagnostic du dispensaire est de même assez souvent modifié dans les salles de Saint-Lazare et dans un sens favorable, telle manifestation locale d'ordre herpétique, scrofuleux ou même parasitaire ayant d'abord été prise pour un accident secondaire spécifique, erreur d'ailleurs plus qu'excusable, un diagnostic instantané certain étant parfois impossible.

Ce tableau, exclusivement consacré aux femmes syphilitiques, devenues vraisemblablement syphilitiques en maison, nous permettra de résumer quelques observations à nos yeux importantes : plus qu'avec le tableau suivant, consacré aux maladies vénériennes autres que la syphilis, nous sommes ici au cœur du sujet dans le mécanisme théorique et pratique de la police des mœurs; la partie est liée entre la maladie prostitutionnelle par excellence, la syphilis, et l'instrument le plus protecteur de la prostitution réglementée, la maison. Que voyons-nous ?

Pour une série de douze années, un personnel variant de 75 à 100 femmes constamment présentes donne les phases et les groupements suivants : 2 années *une* syphilitique sur 20 pensionnaires (1888, 1896) ; 3 années *près d'une* syphilitique sur 10 pensionnaires (1885, 1887, 1889) ; 2 années *une* syphilitique sur 10 pensionnaires (1894, 1895) ; 2 années *plus d'une* syphilitique sur 10 pensionnaires (1886, 1893) ; 1 année *près de deux* syphilitiques sur 10 pensionnaires (en 1890, 17 syphilitiques pour 84 pensionnaires ; enfin 1 année *plus de trois* syphilitiques sur 10 pensionnaires (1891, 26 syphilitiques pour un personnel total de 76 présentes).

Le personnel des tolérances étant numériquement fort réduit, soit 4 à 9 pensionnaires par maison, on voit que malgré la facilité de la surveillance et la fréquence relative des visites bi-hebdomadaires, l'insalubrité des concentrations de femmes en établissements autorisés et par là même désignés à l'attention de toute une partie de la population masculine, peut devenir un véritable danger public. Comment qualifier, en effet, au point de vue par l'hygiène sexuelle des années comme 1890 et 1891 où le nombre des femmes de maison trouvées syphilitiques est de 20 et de 30 0/0 ? La maison n'est-elle pas ces années-là le conservatoire infectieux où la syphilis, qu'elle vienne des visiteurs déjà malades ou des pensionnaires contagionnées antérieurement à leur entrée, crée un foyer intense qui de là grâce aux attractions garanties d'une sécurité mensongère, rayonne désastreusement au dehors ? Toutes les théories sur lesquelles les polices ont prétendu construire puis justifier l'existence des maisons de tolérance ne tiennent pas en présence de faits d'une telle brutalité pathologique.

Sans doute, nous le répétons encore, les statistiques de Genève ne sont pas établies par la méthode uninominale, de sorte que, comme le soulignait le Dr A. Vincent à propos du tableau général des inscrites, une même fille grâce au va-et-vient entre la maison et l'hôpital, grâce au jeu de l'inscription et de la réinscription peut figurer plus d'une fois au tableau global des inscriptions, mais, outre qu'il était possible au dispensaire de supprimer cette cause d'amplification, on ne distingue pas bien en quoi l'état sanitaire d'un personnel sera représenté comme supérieur parce que le chiffre élevé des syphilis constatées et distribuées proviendra, non exclusivement de femmes entrées saines et infectées dans la maison, mais pour partie notable des pseudo-guéries ou des convalescentes qui sortent de l'hôpital pour venir rechuter dans la tolérance. Pour figurer exactement notre pensée, nous renonçons à comprendre, au point de vue de la sécurité offerte par la maison, l'intérêt qu'il y a à distinguer, par exemple, entre *trois femmes syphilitiques différentes* inscrites comme telles dans l'année à l'actif d'une maison donnée où elles ne reparaissent point, et *une seule et même femme également syphilitique* qui, après va et vient de l'hôpital, aura présenté *trois récidives* au cours de son séjour annuel dans cette même maison : ces deux groupes auront vraisemblablement, dans ces conditions, fait chacun de leur côté une œuvre également dommageable. Cette réflexion ne s'attache pas précisément du reste à la statistique ci-dessus puisque nous ne sommes pas rigoureusement informé que la même malade y figure plus d'une fois.

Nous ajouterons en thèse générale, à propos de la catégorie des syphilitiques récidivistes avec lesquelles les polices des mœurs de tous pays composent une bonne partie de leur personnel actif d'inscrites, qu'il y a là une conception singulière de la protection de la santé publique, étant donnés d'une part l'évolution connue de la maladie, de l'autre l'objet avoué d'utilité physiologique poursuivi par les fondateurs de la prostitution réglementée. Il semble qu'une police des mœurs logique et rationnelle devrait écarter systématiquement et durant un laps de temps complètement protecteur — la coercition arbitraire lui en donne les moyens — tout sujet qui, restitué au troupeau des prostituées actives, ne figure plus pour un temps indéterminé qu'une brebis galeuse ou plus exactement virulente. Aucune administration ne paraît s'être avisée de cette prévoyance : bien au contraire la malheureuse syphilitique se voit, par le fait même de sa longue maladie, rivée à l'engrenage de la machine prostitutionelle ; elle a été inscrite saine comme contrevenante, par exemple, à des règlements de promenade ; elle est con-

tagionnée; eh bien, elle est réinscrite en puissance de syphilis, après séjour hospitalier provisoire, malgré l'existence constitutionnelle d'une affection qui devrait l'écarter pour longtemps de la prostitution recommandée. Il y a là une odyssée fâcheuse pour les droits civils de la femme (ce qui dans la thèse n'a aucun intérêt), mais très fâcheuse aussi pour l'intégrité sanitaire des visiteurs dont la confiance ignore les motifs pathologiques de l'intermède hospitalier et la hardiesse hygiénique d'une telle réinscription.

Sur l'état sanitaire du personnel des maisons, nous voudrions encore répondre à une observation faite par un distingué médecin, le Dr Félix Regnault, qui a publié une intéressante étude sur la *Prostitution à Marseille* (1). Tout en reconnaissant avec statistiques à l'appui que les femmes des tolérances sont dans le système de la réglementation la catégorie la plus malsaine des inscrites et que la disparition progressive des maisons dans les grandes villes, à Marseille comme à Paris, n'a eu aucun retentissement mauvais sur l'état vénérien de leur population, M. F. Regnault soutient que le problème est mal posé : pour prononcer exactement sur l'état sanitaire des femmes de maison dans ses rapports avec les visiteurs, il ne faut pas, d'après lui, prendre le nombre des femmes syphilisées *pour l'année entière*, mais le nombre des syphilisées *à un moment donné*. Or, comme en raison du régime coercitif plus étroit, les syphilitiques des maisons peuvent être extraites de la masse avec plus de rigueur, il s'ensuit que le nombre des femmes de cette catégorie qui demeurent à la disposition du public fournit toujours, *à un moment donné*, une proportion de sujets sains plus nombreux qu'ailleurs. Nous tenons qu'il existe là une argumentation moins réelle que spécieuse, en enlevant à l'expression toute intention désagréablement critique.

L'argument de M. F. Regnault, pour avoir une apparence de raison, doit d'abord distinguer entre la santé des hommes et celle des femmes.

Voyons d'abord la santé des femmes. La sécurité offerte par le personnel des tolérances n'étant assurée que par l'extraction continue et intégrale des syphilitiques, et ces syphilitiques étant les plus nombreuses des deux catégories d'inscrites, un premier point est établi, c'est que la santé des femmes en maison est détestable, et que s'il n'était pas alimenté par des inscriptions nouvelles et des réinscriptions, ce personnel, du fait seul de l'extraction des femmes malades, tarirait. En d'autres termes, comme le Dr Sperk à Saint-Pétersbourg et le Dr Ladame précisément pour les maisons de Genève (2) l'ont établi, le personnel des maisons étant fatalement voué à la syphilis dans un laps de temps maximum variable de trois à quatre ans, il n'y aurait plus, au bout de ce temps, de maisons faute d'habitantes saines. C'eût été le cas à Genève, par exemple, avec une suite d'années comme 1891 : à 25 pour 100 de femmes annuellement syphilitiques, toutes les maisons de Genève disparaissaient en quatre ans. Le savant Mœller (de Bruxelles) avait bien décrit cet état et d'une image tristement pittoresque, quand il disait à l'Académie de médecine voisine : « Les nouvelles venues sont jetées dans la maison plus ou moins expurgée, comme un fagot de bois nouveau dans un brasier qui s'éteint; les femmes nouvelles servent d'aliment à la syphilis comme le bois rallume et entretient le feu. » Ce premier point, M. F. Regnault le confesse lui-même : il est acquis pour tous que les femmes inscrites trouvent dans la maison une source certaine, abondante et constante de syphilis.

Venons à la santé des hommes, à la santé générale de la population au demeurant, puisque ces individus y figurent au titre d'époux, de futurs pères, ou de célibataires susceptibles d'unions plus ou moins vulgivagues ailleurs qu'en maison. M. F. Regnault entend que nul groupement de femmes ne présente un état sanitaire aussi parfait et des garanties plus complètes que les femmes de tolérances *à un moment donné*, c'est-à-dire que les femmes qui réintègrent la maison après la visite. Nous croyons qu'il se met là dans la théorie pure. En admettant que la visite de ces femmes soit faite avec un succès de science et même de prescience tel que pas une syphilitique ne soit laissée en exercice, le *moment donné* d'intégrité parfaite n'existe que dans l'instant où la femme quitte le fauteuil d'examen et reçoit un premier visiteur. Sur la garantie même de cette visite, bien des médecins, même des spécialistes, ont du reste élevé des doutes ; M. Diday, le savant syphiligraphe de Lyon, entre autres, dans un livre non de mots, mais de faits, est revenu jadis, à diverses reprises, sur les fréquentes déconvenues qui surprennent les prudents ayant choisi, *securitatis causâ*, pour *Veneris dies* le jour même de la visite (1). D'ailleurs, quelques heures plus tard, l'affluence du pêle-mêle, l'absence d'examen spécifique sur la personne masculine, la promiscuité souvent vicieuse des femmes entre elles, l'exigeante cupidité des tenancières auront recréé toute la possibilité des accidents divers contre les hommes. Que dire encore de ces syphilis primaires et secondaires, saisies au vol, à telle visite du dispensaire? Quel était l'état... sanitaire de la femme malade (si ces mots contradictoires peuvent être unis à propos du même sujet) la veille, l'avant-veille? Pourquoi cette syphilis secondaire récidivante est-elle reconnue à telle visite et non point quelques jours plus tôt? Quelles garanties pour les visiteurs cette femme malade a-t-elle présentées dans le ou les septenaires antérieurs à la constatation de la rechute? En ce qui touche la santé même des hommes, l'état sanitaire idéal des femmes de maisons, *à un moment donné*, n'est guère qu'un instantané. M. F. Regnault s'est-il en outre préoccupé de cet autre point de vue que nous faisions pressentir plus haut? Quel médecin hygiéniste, susceptible de quelques vues d'ensemble, ne se posera pas cette question : « Que deviennent les femmes retirées syphilitiques des maisons? » Si elles disparaissaient à jamais de la vie sexuelle, le problème serait fort simple; mais elles ne disparaissent pas, et c'est une idée à prétention de la police des mœurs de croire qu'en l'espèce elle a rempli sa mission en ne laissant dans les maisons que des femmes visitées, comme si la syphilis des femmes de maison, momentanément immobilisées (2), n'importait pas à la santé générale de la population virile! Mais ces syphilitiques, vous allez les retrouver partout : soit parmi les isolées qui n'ont même point, elles, selon

(1) *La France médicale*, dirigée par A. Chevallereau, nos du 26 août au 16 septembre 1892 (v. 9 sept., p. 583).

(2) *Le Signal* de Genève, 22 février 1896. Le Dr Ladame réduit même à deux ans la période de séjour pendant laquelle la contagion est inévitable et inévitée pour la femme de maison.

(1) *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis* (p. 543).

(2) En 1885, la durée moyenne du séjour de 45 femmes inscrites internées à l'hôpital cantonal avait été de 26 jours; la durée moyenne du séjour de 8 femmes non inscrites internées à l'hôpital du 1er janvier au 1er juillet 1886, avait été de 58 jours.

votre propre aveu, de *moment donné* d'intégrité parfaite ; soit parmi les insoumises, à vos yeux les plus malsaines ; soit enfin, ne l'oubliez pas, dans les maisons mêmes où l'administration les réinstalle au sortir de l'hôpital ou de la prison. Gardez-vous donc de croire que vous avez, nulle part, fût-ce un jour marqué d'un caillou blanc, grâce surtout à ce personnel élu de maisons, sauvegardé la santé masculine. Toutes les parties du système de la police des mœurs sont liées, et l'argument fallacieux d'un esprit distingué, hostile cependant au principe de la maison de tolérance, ne sert qu'une fois de plus à mettre en lumière le rôle pernicieux des maisons maintenues dans l'organisme sexuel des municipalités.

Le régime genevois n'admettant point d'inscrites isolées, nous ne pouvons établir de statistiques comparatives de cette classe avec le tableau des syphilitiques en maison ; nous ferons seulement un bref rapprochement des chiffres genevois avec les chiffres des pensionnaires des maisons publiques étrangères.

La littérature de l'hygiène publique est déjà riche sur ce chapitre. En France de 1812 à 1832, Parent-Duchatelet avait trouvé des chiffres de syphilitiques qui reproduisent avec des oscillations sans ordre les chiffres donnés par le Dr A. Vincent : soit *une* pensionnaire syphilitique tantôt sur 7 présentes, tantôt sur 20 présentes (1). Après l'historien de la *Prostitution dans la ville de Paris*, Jeannel, Mireur, Béraud, Potton dans des ouvrages suffisamment connus, plus récemment Carlier, Lecour, Macé, Reuss, Commenge, Butte, Maurice Lutaud et au premier rang Yves Guyot, tous sans distinctions d'opinions sur la question de fond, ont conclu, chiffres authentiques comparés, à une morbidité syphilitique supérieure chez les femmes de maison.

A Paris, la Préfecture de police depuis 1880 a constamment opposé une fin de non recevoir à toute demande de communication de documents ; nous avons cependant pu nous procurer les chiffres ci-joints pris à bonne source et fort intéressants puisqu'ils sont de la période parisienne contemporaine :

ANNÉES	Personnel parisien présent réparti en →	Nombre de maisons.		Pensionnaires syphilitiques	
1880	1107	—	—	285 (2)	199
1881	1057	125 (à Paris)	14 (banlieue)	227	174
1882	1116	—	—	220	160
1883	1039	—	—	120	75
1884	961	—	—	121	70
1885	913	—	—	129	55
1886	914	84 (à Paris)	—	111	54
1887	926	—	—	—	55
1888	772	72 (à Paris)	9 (banlieue)	—	28
1889	691	60 (à Paris)	—	—	50
1890	—	—	—	—	59
1891	597	60 (à Paris)	8 (banlieue)	—	34
1892	—	—	—	—	35
1893	525	53 (à Paris)	3 (banlieue)	—	34
1894	—	—	—	—	32
1895 (oct.)	480	50 (à Paris)	3 (banlieue)	—	—
1896	490	41	—	—	28

En prenant les chiffres les moins élevés, c'est-à-dire les plus favorables au système des maisons, nous avons en rapportant le nombre des syphilitiques au nombre des pensionnaires présentes une proportion de malades qui varie de plus de 2 femmes syphilitiques sur 10 présentes, à une syphilitique sur 12 présentes. En prenant les chiffres les plus élevés on constate que certaines années (1880, 81, 82, 85), il y aurait eu jusqu'à une femme syphilitique sur 7, 5 et 4 pensionnaires présentes. Ces chiffres divers peuvent être assimilés aux chiffres genevois.

En Belgique, les travaux du Dr Mœller et de M. Jules Pagny, rapprochés des conclusions statistiques de l'Enquête officielle de 1887, établissant qu'à cette date les filles en maison à Bruxelles ont fourni une moyenne annuelle de 28 0/0 de maladies vénériennes, dont 13 0/0 de syphilitiques, ce qui donne un peu plus d'une syphilitique sur 10 pensionnaires. De 1884 à 1890 les chiffres publiés dans la statistique de Bruxelles par le Collège des Echevins (*Rapport* de 1895) donnent une moyenne de 6 à 10 syphilitiques sur 100 pensionnaires présentes, soit tantôt une syphilitique sur 15, tantôt une syphilitique sur 10 pensionnaires présentes.

En Russie les chiffres absolus sont plus élevés ; les maladies vénériennes et la syphilis atteignent chez les filles de maison des chiffres considérables. Qu'il s'agisse de l'Europe ou de l'Asie centrale, des provinces de la Vistule, du Caucase ou de la Sibérie, le fait est constant. Nous rappelons brièvement ces chiffres : sur 100 prostituées atteintes de syphilis, de 16,3 à 27,1 proviennent des maisons publiques. Rapportée au chiffre des présentes, Sperk relève pour 1871-1876 la proportion suivante : sur 1.000 pensionnaires de Pétersbourg 360 étaient syphilitiques, soit 35 0/0. A Kieff, Nikolsky a vu plusieurs maisons publiques se fonder et fournir, au bout de quatre mois de fonctionnement, des syphilitiques dans la proportion de 27 0/0 (1).

Nous avons laissé de côté systématiquement le débat si intéressant basé sur le rapprochement du nombre des syphilitiques en maison et des syphilitiques inscrites isolées parce que cette dernière catégorie n'existe pas à Genève, mais il ne faut pas oublier que partout (moins une exception, relevée sur une période postérieure à la période étudiée par Sperk, c'est-à-dire à Pétersbourg en 1889), le nombre des syphilitiques en maison a dépassé proportionnellement d'une manière parfois considérable le nombre des isolées atteintes de cette même maladie. Si le mot n'était pas un peu ambitieux dans une matière parfois encore aussi peu élucidée que le

(1) T. I, p. 678-682 (édit. de 1857). — Nous avons nous-même, avec et après Yves Guyot, recherché, non sans difficultés, toutes les statistiques sur les morbidités spéciales diverses, et donné une bibliographie abondante de la question in : *La Police des mœurs en France, etc.*, et *Les maisons de tolérance, leur fermeture* (in-12, chez Carré, 1896). Pour le détail on pourra consulter Yves Guyot (*La Prostitution*, p. 149, 3[illegible]5), Lecour (*La Prostitution à Paris et à Londres*, 1873-1877, p. 131). Mauriac (*Leçons*, t. I, p. 177), Carlier (*Annales d'hygiène*, t. XXXVI, p. 305, et *Les deux Prostitutions*, ch. VII, p. 127), Reuss (*op. cit.*, p. 316), Macé (*Le service de la sûreté et Gibier de Saint-Lazare*), Butte (*Prostitution et syphilis*, statistique à partir de 1859. Brochure Masson, 1890). L. Fiaux (*Maisons...*, p. 190-199 et 361-36[illegible]).

(2) Comme on voit, nous avons dû établir à la rubrique des syphilitiques deux colonnes de chiffres qui diffèrent : les plus élevés sont empruntés aux statistiques, publiées par Lecour, Reuss, au Rapport municipal d'Emile Richard (mars 1890), à un livre de A. Coffignon, plus sérieux que son titre (*La corruption à Paris*, 1888), aux travaux inédits que M. Passant, l'honorable prédécesseur de M. le Dr Commenge, nous avait fait communiquer par le Dr Rouillard, médecin du dispensaire ; les moins forts au mémoire cité du Dr Butte. Nous n'avons pu déterminer si ces différences, *qui ne diminuent en rien la supériorité morbide des femmes de maison comparées aux autres classes de femmes isolées, etc.*, tiennent à ce que tels chiffres représentent le diagnostic du dispensaire, tels autres celui de Saint-Lazare (ces médecins étant souvent en désaccord) ou à ce que, conformément aux procédés statistiques innovés par M. Commenge, on a cessé au dispensaire de faire figurer parmi les inscrites malades, *toute inscrite malade en état de contravention*. M. Commenge fait de ces femmes un sous-genre d'insoumises dites *filles du Dépôt*.

(1) *Mémoire sur la statistique de la syphilis et du chancre mou chez les prostituées inscrites à Kieff* (mai 1889). — Cf. les précédents chapitres, *La prostitution en Belgique*, § 6, p. 17, et *en Russie*, § 8, p. 125

problème de la prostitution, nous dirions qu'il y a là une loi de sociologie pathologique.

Le tableau suivant a trait aux maladies locales inflammatoires ou virulentes, autres que la syphilis, observées dans les maisons de Genève.

ANNÉES	Moyenne des femmes par visite.	Affections du col.	Vaginite, vulvite, urétrite.	Bartholinite.	Condylômes.	Chances mous.	TOTAUX des maladies.
1885 (1 mars)	85	28	14	3	5	3	23
1886....	88	6	2	2	2	1	13
1887....	104	4	5	2	2	5	28
1888....	84	8	2	5	1	5	21
1889....	78	9	4	7	1	—	21
1890....	84	17	7	9	1	1	35
1891....	76	32	16	21	3	6	78
1892....	78	26	7	15	1	1	50
1893....	80	28	7	24	3	—	62
1894....	85	63	7	25	3	1	99
1895....	90	43	15	18	1	7	84
1896 (15 déc.)	105	71	15	16	—	2	104

Ce dernier tableau a pour objet de rapprocher : 1° le total des cas de syphilis du total des autres maladies ; 2° le chiffre total des maladics constatées au dispensaire du chiffre des entrées à l'hôpital cantonal.

ANNÉES.	Moyenne des femmes par visite.	Total des cas de syphilis.	Total des autres maladies vénériennes.	Total de toutes les maladies observées au dispensaire.	Total des entrées à l'hôpital.
1885 (1er mars).	85	7	23	30	45
1886........	88	11	13	24	21
1887........	104	7	28	35	35
1888........	84	5	21	26	24
1889........	78	7	21	28	21
1890........	84	17	35	52	50
1891........	76	26	78	104	101
1892........	78	14	50	64	62
1893........	80	12	62	74	71
1894........	85	8	99	107	105
1895........	90	8	84	92	88
1896 (15 déc.)..	105	5	104	109	106

Ces deux tableaux conduisent aux déductions suivantes par lequelles nous terminerons ce paragraphe de statistique.

Relativement au chancre mou, il appert que cette maladie n'a aucune corrélation numérique avec le chiffre annuel des syphilis et même des autres maladies vénériennes. M. Mauriac, dans ses *Leçons* (T. I, avait déjà à propos du chancre mou, à Paris, après le siège de 1870, fait cette observation. Il est exact que l'année 1891, qui a compté le chiffre le plus élevé de syphilis, a compté aussi le chiffre presque le plus élevé (après l'année 1890) d'ulcères simples ; mais toutes les autres années présentent des chiffres de chancres mous inférieurs et qui prennent toute leur signification si on les rapproche du chiffre des syphilis et des autres maladies : ainsi en 1886, 1 chancre mou, 11 syphilis, 13 maladies vénériennes ; en 1890, 1 chancre mou, 17 syphilis, 34 maladies vénériennes ; en 1894, 1 chancre mou, 8 syphilis, 98 maladies vénériennes ; en 1893, 0 chancre mou, 12 syphilis, 61 maladies vénériennes. Parfaitement indépendant dans ses séries propres de la syphilis, l'ulcère simple devrait théoriquement avoir plus de corrélation avec les autres maladies vénériennes qui sont peut-être plus souvent que la syphilis des maladies en rapport avec une extrême polyandrie et une absence totale d'hygiène personnelle ; cependant, il n'en est rien, comme le prouvent précisément l'année 1890 qui compte 1 chancre mou avec 98 maladies vénériennes concomitantes, et l'année 1891 qui compte 7 chancres mous avec un chiffre inférieur de maladies vénériennes, soit 83. Le chancre mou vit de sa vie propre, autonome : il tend du reste à disparaître, comme l'a observé M. Mauriac, et théoriquement et cliniquement on conçoit facilement sa suppression d'une pathologie vénérienne moins dégradée.

Malgré les chiffres simultanément élevés des deux groupes de maladies vénériennes pour l'année 1891, 26 syphilis et 78 autres maladies, on ne peut pas non plus conclure qu'il existe une corrélation constante entre la progression ou la diminution de l'une ou de l'autre catégorie. Si cette proposition était présentée comme fixe et absolue, elle serait infirmée par les états comparatifs des années 1893, 1894, 1895, 1896, où l'on voit le nombre des maladies vénériennes augmenter dans des proportions considérables et le nombre des syphilis rester stationnaire ou diminuer. Cette absence de corrélation était récemment encore signalée par Josef Schrank qui a publié un livre intéressant sur la prostitution à Vienne (Autriche) : ce médecin portait à un tiers le nombre des femmes inscrites atteintes de blennorrhagie virulente, et jamais il n'avait trouvé une proportion de syphilitiques aussi élevée dans cette même classe de femmes (juin 1897).

On a également remarqué la différence qui existe entre le total des maladies relevées au dispensaire, et le total des entrées à l'hôpital. Tantôt le chiffre annuel des maladies constatées rue Calvin est supérieur, tantôt inférieur à l'autre : l'écart en moins (1885) ne s'explique que par la rentrée à l'hôpital de quelques femmes en état de rechute non notées comme telles au dispensaire ; l'écart en plus provient de ce que telles mêmes femmes ont été notées comme atteintes de lésions multiples rue Calvin, et cependant ne comptent que comme unités à leur entrée à l'hôpital (Dr A. Vincent) ; cet écart peut s'expliquer aussi plus logiquement par ce fait que la lésion locale chez plusieurs pensionnaires a été susceptible d'être traitée avec succès sans que ces malheureuses fussent distraites de leur emploi, le risque pour les visiteurs étant nul de ce chef.

Ce dernier point soulève, en ce qui concerne les maladies de l'appareil sexuel autres que la syphilis, une question d'un intérêt sérieux.

Il est évident tout d'abord que le chiffre de ces maladies vénériennes est très élevé. Que l'on prenne le total de ces maladies relevées rue Calvin ou le total des entrées hospitalières, si on le rapproche du nombre des femmes présentes, on peut dire que le chiffre des maladies autres que la syphilis est énorme puisqu'il apparaît tantôt égal, tantôt supérieur au nombre des présentes et qu'il n'est jamais moindre de la moitié ou du quart. L'extrême morbidité — non plus ici syphilitique — mais vénérienne des femmes en maison, résultat de leur innommable vie sexuelle, éclate là, à Genève, comme dans toutes les statistiques dressées ailleurs depuis plus de cinquante ans, et cela malgré une méthode statistique trop souvent imprécise.

Et cependant la lecture des rubriques de l'avant-dernier tableau n'invite-t-elle pas à redouter l'imminence des excès d'une majoration faite un peu à l'aveugle ?

Le chiffre annuel fort élevé des métrites du col utérin notamment n'entraîne-t-il pas la question de savoir si tous les cas de cette affection, bien que présentés par des prostituées, doivent figurer comme maladies, sinon d'origine surfonctionnelle, du moins de caractère vénérien ? La même réserve ne peut-elle pas être faite pour la rubrique des urétrites ? En un mot, ces diverses maladies sont-elles toutes virulentes et à ce titre justiciables, même dans l'état actuel, d'un traitement coercitif, ou simplement inflammatoires et non contagieu-

ses ? Il semble que les progrès de la médecine contemporaine nés des travaux de Davaine et de Pasteur ont déjà dégagé sur ce point des données positives. De même que la police des mœurs ne doit plus avoir de nos jours les prétentions administratives d'une époque où la syphilis était aussi mal connue dans son étiologie clinique et les conditions anatomo-pathologiques de sa transmissibilité que dans son évolution générale, de même il faut savoir accepter que la bactériologie a renouvelé cette autre partie de la vénéréologie. La découverte du gonocoque par Neisser (Breslau, 1879) avec l'attribution à cet agent spécifique de toutes les manifestations infectieuses locales et générales issues soit du microcoque lui-même, soit de ses toxalbumines, n'a pas seulement donné l'explication révélatrice des récidives lombaires, des propagations de voisinage, des accidents chroniques plus ou moins trophiques de l'appareil ovarien, enfin de ces manifestations écloses sur des organes étrangers, encore désignées par certains du nom ancien de métastases, prenant ici la forme du rhumatisme articulaire, là de la phlébite, ailleurs de l'endocardite ou de l'ophtalmie et autres processus septicémiques; mais cette découverte ne permet-elle pas de faire le départ d'un côté entre les maladies vénériennes virulentes que, en vertu de son organisation même, la police des mœurs peut retenir comme siennes au même titre que la syphilis et de l'autre côté les manifestations purement inflammatoires ne lui donnant aucun droit sur les personnes qui en sont atteintes ? La médecine légale, par exemple, a tiré des conséquences capitales de l'étude des vulvo-vaginites chez les petites filles (Comby, Verchère, 1891-1897) : son étiologie très souvent innocente et non vénérienne, bien établie, ne permet plus de transformer systématiquement tous les cas de cette affection en cas générateurs de procès d'assises et met désormais hors de cause des malheureux condamnés hier encore comme convaincus de prétendus attentats aux mœurs: pourquoi dans un autre ordre de conséquences également sorties de la même révolution médicale, des femmes atteintes de simples métrites, d'affections du col, seraient-elles assimilées aux femmes atteintes de contagions gonococciques et implacablement traitées comme celles-ci ? Quand l'exercice de la médecine publique a un retentissement si immédiat sur la vie des membres du corps social, ne doit-elle pas être influencée par les progrès de la médecine même et organiser ses services de façon à réduire ses rigueurs à un intelligent minimum (1) ?

(1) On objectera peut-être que nous faisons pas ici la part assez large aux côtés sinon hypothétiques, du moins encore insuffisamment élucidés de ce chapitre des maladies spécifiques autres que la syphilis. Nous n'ignorons pas ce qui a été écrit sur les blennorrhagies purement inflammatoires et sur les blennorrhagies non gonococciques consécutives à l'urétrite contagieuse d'emblée gonococcique et lui constituant une période secondaire; nous n'ignorons pas non plus le cas de MM. Hiller et L. Jullien, et celui du Pr Strauss, trouvant le gonocoque dans la sécrétion urétrale certainement engendrée chez un adolescent *sine feminâ* et par la seule *manustupratio* paroxystique, mais ces deux faits trop isolés que la facilité de l'observation eût dû multiplier n'infirment en rien le fait capital et constant reconnu par tous les médecins d'hopitaux spéciaux et de dispensaires et les observations de laboratoires — que la blennorrhagie de la police des mœurs est la blennorrhagie à gonocoques. Cette blennorrhagie spécifique constitue avec la syphilis et l'ulcère simple une triplice où chaque malade garde son autonomie, et dans l'hypothèse d'une police de mœurs logique, l'extension du droit d'emprisonnement à des affections comme la métrite purement inflammatoire ou l'acarus ne s'explique non plus qu'elle ne se justifie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Luxation vertébrale avec fractures du crâne et du sternum;

Par G. BOUVET et A. PETIT, internes à la Maison de Nanterre.

Les luxations vertébrales non accompagnées de fractures des vertèbres luxées ne sont pas absolument communes : il fut même un temps où l'on niait leur existence (Delpech, Cooper). Dans la région dorso-lombaire en effet la luxation n'apparaît guère que comme complication d'une lésion osseuse traumatique : Malgaigne ne rapporte que trois cas, dus à Melchiori, qui échapperaient à cette règle. Mais il n'en est pas de même dans la région cervicale, et l'on s'explique facilement cette différence si l'on songe à l'obliquité plus grande des surfaces articulaires des apophyses articulaires et surtout à la mobilité beaucoup plus considérable des vertèbres en cette partie du rachis C'est d'ailleurs au point où cette mobilité atteint son maximum, c'est-à dire au niveau des cinquième et sixième cervicales que se produit le plus souvent la luxation : d'après Richet, sur 30 cas on aurait observé onze fois la luxation de la cinquième sur la sixième et douze fois celle de la sixième sur la septième. Nous avons eu récemment l'occasion de constater le cas typique suivant : luxation bilatérale antérieure de la sixième sur la septième vertèbre cervicale, luxation complète et présentant cette particularité de se réduire spontanément. Ce dernier caractère n'a, croyons-nous, pas encore été observé dans de semblables circonstances. Les diverses tentatives de réduction de luxations vertébrales consignées dans la thèse d'Aubert (1) indiquent toutes un effort plus considérable ; dans l'observation 38, le dynamomètre enregistre une force de traction de 70 kilos.

Le 3 août 1898, on transporte à la Maison de Nanterre dans le service de M. le Dr Rémy, le nommé Ch .., commis livreur qui, une demi-heure auparavant, en chargeant un sommier sur sa voiture, était tombé la tête portant la première sur la roue du véhicule.

A son arrivée, le malade, sans mouvements, mais ayant conservé sa connaissance et l'usage de la parole, se plaint de douleurs dans la tête et le long du rachis. Il présente au sommet du crâne une plaie très minime du cuir chevelu, ne permettant pas l'examen au stylet des parties sous-jacentes. Son œil droit est fermé ; la paupière est tuméfiée et ecchymotique; au-dessous des narines on voit quelques petits caillots, vestiges d'une légère hémorragie nasale. Le blessé atteint d'une dyspnée assez intense a son thorax immobilisé et présente le type de la respiration diaphragmatique. Les veines des membres inférieurs et de la partie sous-ombilicale du tronc sont notablement dilatées ; la verge est turgide, non en érection véritable; la paraplégie est complète ainsi que la perte de sensibilité des membres inférieurs, mais les bras conservent quelques mouvements.

En asseyant le malade, on observe à la fois un mouvement de flexion et de projection de la tête en avant. La saillie de l'apophyse épineuse de la 7e vertèbre cervicale s'accuse en arrière sous les téguments en même temps qu'une dépression se forme au-dessus, par glissement en avant de la partie supérieure de la colonne cervicale. La plus légère pression à ce niveau provoque une vive douleur. On replace le blessé dans le décubitus dorsal : la déformation de la région disparaît en même temps que la tête reprend sa position normale On l'immobilise en cette situation. L'hémorragie nasale qui avait reparu dans la position assise s'arrête bientôt spontanément. L'examen des autres parties du corps ne révèle qu'un point douloureux avec crépitation osseuse sur le corps du sternum, au niveau du 3e espace intercostal; le doigt, parcourant de haut en bas la face antérieure de l'os, tombe, à l'endroit présumé de la fracture, du fragment supérieur sur le fragment

(1) Contribution à l'étude des luxations vertébrales. Paris 1889

inférieur légèrement enfoncé ; il y a de plus mobilité anormale de la 3 côte gauche à son union avec son cartilage.

On fait le diagnostic de fracture de la base du crâne, de luxation en avant de la 6e vertèbre cervicale sur la 7e, luxation bilatérale et spontanément réductible, et de fracture transversale du sternum accompagnée de luxation de la 3e côte à son extrémité sternale.

Le malade meurt deux heures et demie après l'accident sans présenter d'autres symptômes, n'ayant ni uriné ni déféqué.

A l'autopsie, rien de remarquable à l'examen des divers viscères sauf une congestion assez intense des poumons et des reins. La vessie contient 250 grammes d'urine limpide. En incisant le cuir chevelu, on trouve un vaste hématome sous-cutané occupant toute la longueur de la suture bi-pariétale et empiétant également de chaque côté de cette suture. Sous cet épanchement, on découvre un trait de fracture que l'on peut suivre à partir du centre approximatif du pariétal gauche où il commence, présentant d'abord une direction transversale jusqu'à 1 centimètre environ de la suture bi-pariétale. Là, il se coude à angle droit, et se prolonge d'arrière en avant jusqu'à la suture fronto-pariétale gauche qu'il disjoint jusqu'au bregma. A ce niveau, où l'on remarque une petite esquille, le trait de fracture redevient antéro-postérieur, formant ainsi avec ses deux directions précédentes une sorte de Z très aplati. Son trajet se poursuit en avant en se déviant un peu vers la droite ; il arrive ainsi à l'angle supéro-interne de l'orbite droit. A ce point, il se bifurque : l'une de ses divisions attaque la paroi interne de l'orbite dont la partie ethmoïdale est enfoncée, en retrait d'un millimètre environ. Pour suivre l'autre division qui intéresse la base du crâne, on scie ce dernier horizontalement, on enlève l'encéphale, très congestionné, et la dure-mère étant détachée, on voit le trait de fracture traverser en ligne brisée l'épaisseur de l'os frontal, à 3 millimètres de la crête frontale interne, et descendre sur la paroi supérieure de l'orbite droit en se dirigeant presque directement d'avant en arrière. La lame criblée de l'ethmoïde est atteinte et légèrement enfoncée ; quelques petites esquilles existent à ce niveau. Puis la fracture devenue simple fissure se prolonge jusqu'au corps du sphénoïde, jusqu'à la selle turcique ou elle émet deux branches. L'une, courte, se termine au milieu de la selle ; l'autre, plus longue, va se perdre dans le trou déchiré antérieur. Passant à l'examen du rachis, on trouve d'abord, après l'incision des parties molles suivant la crête épineuse, un vaste hématome bilatéral dans la loge des muscles des gouttières vertébrales, s'étendant en hauteur depuis le trou occipital jusqu'à la 6e vertèbre dorsale. La tête étant fortement fléchie, il existe entre les apophyses épineuses des 6e et 7e cervicales un écartement assez considérable pour permettre au doigt de s'y engager et d'arriver sans obstacle jusque sur la dure-mère rachidienne par suite de la rupture du ligament cervical postérieur, des ligaments jaunes et de la distension des ligaments latéraux des deux côtés.

Les ligaments antérieurs sont également relâchés, ce qui permet à la colonne formée par les 6 premières cervicales des mouvements anormaux dans tous les sens ; la dure-mère n'est cependant pas déchirée et la moelle ne présente pas de lésions macroscopiques. Au sternum, la fracture est indiquée par un petit hématome intra-musculaire, *et non sous-cutané* ; elle est transversale et siège au niveau du 3e espace intercostal ; dans le tissu cellulaire sous-sternal, du sang s'est épanché et infiltré jusqu'au diaphragme en bas, jusqu'au péricarde en arrière. La 3e côte gauche est luxée au niveau de son articulation chondro-costale.

Cette observation nous a paru intéressante tant par le nombre, l'étendue et la gravité des lésions que par suite de leur enchaînement : d'abord chute sur le vertex, d'où fracture de la voute propagée à la base du crâne. Puis flexion forcée du cou sous la pression du poids du corps basculé en avant, et par suite rupture des ligaments vertébraux et luxation de la sixième sur la septième vertèbre cervicale. Quant à la fracture du sternum, elle nous paraît due uniquement au même mouvement de flexion forcée, au redressement brusque de la courbure de l'os, et non pas à l'action directe du choc du menton, que l'on pouvait cependant amener au contact du sternum au niveau de la fracture. En effet, il n'y avait d'ecchymose ni dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région sternale, ni dans celui de la région mentonnière ; il n'existait en ces deux points aucune trace de contusion.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Xe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de langue française, à Marseille.

La première séance du Congrès de Marseille s'est ouverte mardi, à dix heures, sous la présidence de M. le Dr Flaissière, maire de Marseille, au Pharo, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. M. Floret, prefet des Bouches-du-Rhône, M. Cossac, procureur de la République, M. le Dr Livon, directeur de l'Ecole de Médecine, M. Drouineau, inspecteur général des Asiles, M. le Dr Doutrebente, président du Congrès, et M. le Dr Boulula, secrétaire général, sont assis au bureau. Un grand nombre de médecins et de notabilités de la ville sont venus souhaiter la bienvenue aux congressistes. Dès l'ouverture de la séance, M. Flaissière, maire de Marseille, prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

J'ai le très grand honneur d'ouvrir la dixième session de votre Congrès. Vous vous êtes réunis plus nombreux que jamais ; chacun d'entre vous apporte une égale volonté à contribuer à l'œuvre commune. Vous venez apporter à l'édifice scientifique le résultat loyal de vos recherches patientes, éclairées. Vous proposerez à l'examen critique de tous, le fruit de vos travaux personnels, de votre expérience de chaque jour, et, avec ce désintéressement absolu dont s'honore la science, vous aurez ajouté de nouvelles et précieuses formules destinées à combattre, à vaincre la maladie.

Vous, messieurs les médecins neurologistes, vous étudiez et soignez les maladies nerveuses qui n'altèrent pas, du moins en apparence, l'état intellectuel et mental de l'individu. Vous aurez, sans doute, apporté un contingent important à l'œuvre du Congrès. Ample doit être, en effet, pour vous la moisson, en cette fin de siècle dont le surmenage ne sera pas un des moindres caractères se traduisant par une infinité de formes au milieu de conditions sociales multiples ! Mais combien j'ai hâte d'ajouter que l'importance que vous avez prise dans le tournoi scientifique est due à d'autres causes que la multiplicité des sujets que vous étudiez et que vous soignez ! Votre haute valeur fait l'admiration des savants ; elle inspire aux malheureux malades la confiance et l'espoir ; c'est avec joie que je rends hommage aux praticiens éminents, aux professeurs déjà célèbres qui représentent, avec tant d'autorité, la neurologie et que je vois prenant part à votre Congrès.

Vous avez su, chers confrères et maîtres, pénétrer les secrets restés si longtemps insondables des maladies du cerveau et de la moelle. Il n'est pas un symptôme que vous n'ayez analysé, auquel vous n'ayez donné sa nette et véritable signification. Vous avez pénétré avec la micrographie dans les molécules elles-mêmes des organes qui font l'objet de vos études, vous vous êtes approprié bien promptement, pour les appliquer à la guérison des maladies, toutes les découvertes de la physiologie. Et, qui pourrait affirmer que vos savantes inductions n'ont point, à leur tour, servi de guide à la physiologie elle-même dans son évolution et éclairé bien des points obscurs dont se trouve parsemée cette science des phénomènes mystérieux de la vie ? Aussi, suivez-vous avec sûreté la voie qui vous est tracée ; aussi, voyons-nous chaque jour la précision se substituer à l'à-peu-près dans votre diagnostic, tandis que vous fixez judicieusement les indications du traitement, faisant ainsi succéder la période rationnelle à la période du tâtonnement et du hasard.

Au surplus, si le fonctionnement normal du cerveau et de la moelle, si les maladies de ces organes recèlent encore quelques problèmes non résolus, si en raison d'une science incomplète, l'homme doit subir encore, sans défense utile, certains assauts de la maladie, l'union des médecins neurologistes et aliénistes, dans une étude commune, hâtera certainement la solution favorable.

Votre ardeur à chercher la vérité, Messieurs les médecins aliénistes, est égale à celle de vos collaborateurs, et je salue ici, à la fois, les savants, les hommes de cœur dont les fonctions constituent un véritable sacerdoce, et qui honorent autant l'humanité par leur dévouement, leur abnégation, qu'ils honorent la science par l'éclat de leur savoir ou de leur enseignement.

Est-il rien de plus triste, de plus digne de pitié, que le sort des malheureux que vous recevez dans vos asiles? Mais est-il rien de plus admirable, de plus consolant, que la sollicitude dont vous les entourez? Combien nous sommes loin, par la science, des conceptions erronées que se faisaient de l'aliénation mentale, ou les anciens qui l'attribuaient aux dieux, ou les populations du Moyen Age terrorisées par les visions de l'*au-delà* et qui la mettaient sur le compte du diable! Combien aussi, nous sommes loin, et heureusement, des méthodes de traitement, inertie ou tortures inspirées par de telles conceptions! A Pinel, à Esquirol, à Aubanel, à Sauze, à leurs disciples, la reconnaissance des générations qui les suivront.

Honneur à vous, Messieurs, qui continuez l'œuvre de science et d'humanité! Merci pour ceux auxquels votre expérience éclairée rend quelquefois la raison, merci plus encore pour ceux que la maladie, la maladie implacable a frappés pour jamais, devenus objets inertes, repoussants ou redoutables, et auprès desquels votre inépuisable bonté se manifeste comme un suprême témoignage de la solidarité dans la souffrance humaine...

Et voilà pourquoi, Messieurs, au nom de la généreuse population de Marseille, éprise de tout ce qui est beau et grand, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue parmi nous!

M. Doutrebente répond, dans un discours très apprécié et coupé par de nombreux applaudissements, remerciant tour à tour la ville de Marseille, la presse, ses confrères. Le distingué praticien fait l'éloge d'Aubanel, fondateur de l'asile de Marseille, et du Dr Sauze, son digne successeur, qui, sorti de l'asile Saint-Pierre où son passage fut signalé par tant de soins généreux, s'empressa de créer une maison de santé où les misères mentales trouvèrent constamment une sollicitude infatigable et un dévouement éprouvé.

Puis, au nom du Gouvernement qu'il a mission de représenter, M. le Dr Drouineau félicite les congressistes qui sont accourus de tous les points de la France.

Le septième Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques.

Le septième Congrès antialcoolique a commencé ses travaux mardi 4 avril dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Ce Congrès, qui compte plus de 1.000 adhérents dont environ 500 étrangers, fait le plus grand honneur au dévoûment et à l'activité sans bornes de son président, M. le Dr Legrain, et de son secrétaire général, notre collaborateur et ami, le Dr François Boissier, qui peuvent être légitimement fiers du succès de leur œuvre. Une séance préparatoire, mardi matin, fut consacrée à l'organisation du travail et à la transformation par acclamation du bureau du Comité d'organisation en bureau définitif du Congrès. Le soir à 2 heures eut lieu la grande séance d'ouverture sous la présidence de M. Jules Legrand, sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur, assisté de M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Le médecin inspecteur Dieu représentait le Ministre de la Guerre; le directeur de l'enseignement primaire, M. Bayet représentait le Ministre de l'Instruction publique. Toutes les nations civilisées avaient envoyé des délégués pour prendre part officiellement au Congrès.

Des discours ont été successivement prononcés par M. le Dr Legrain, M. le sous-secrétaire d'Etat Jules Legrand, M. Bayet; et de ces discours il est ressorti, peut-être trop nettement pour une séance d'inauguration, un manque de communion d'idées entre les divers orateurs. Tandis que M. Legrain affirmait que l'abstinence seule pouvait donner lieu à de réels résultats, M. Jules Legrand mettait les congressistes en garde contre les exagérations intransigeantes, rappelant que la France n'avait pas cessé d'être le pays des Rabelais et des Désaugiers. M. Bayet, en exposant les efforts très réels de l'Instruction publique et surtout des instituteurs primaires, dont le dévoûment à cette occasion a été au-dessus de tout éloge, a encore accentué la divergence entre les tempérants et les abstinents. Il a fait remarquer qu'il serait dangereux en France, où les houblonnières et les vergers couvrent les régions du Nord et où la vigne fait la richesse du Centre et du Midi, de proscrire la consommation de la bière, du cidre et surtout du vin, et que dans l'intérêt de la lutte antialcoolique, il serait bon de ne pas pousser les choses à l'extrême.

Nous croyons que M. Bayet a parlé le langage du bon sens et de la raison. Nous ne nierons pas que l'abstinence ne soit le véritable traitement à imposer aux alcooliques des asiles; que, dans les pays comme l'Angleterre, la Suède, la Norwège et le Canada, il ne soit facile de prêcher l'abstinence, car ces régions ne produisent guère de boissons fermentées. Mais il faut être entraîné par une conviction trop ardente, ou ignorer complètement l'état d'esprit du paysan français qui, depuis des siècles, a voué un véritable culte à ses vignes, pour prétendre qu'une campagne en faveur de l'abstinence absolue peut avoir chez nous la moindre chance de succès. Le but des associations contre l'alcoolisme est moins de guérir que de préserver. L'action curative sera restreinte, mais l'action prophylactique sera considérable. C'est surtout sur l'enfance, c'est sur la jeunesse qu'il faut agir, et la jeunesse éclairée, la jeunesse universitaire doit la première s'enrôler dans la croisade antialcoolique et prêcher par l'exemple. C'est ce que M. Buisson est venu exposer, aux applaudissements frénétiques de tous les congressistes, à la suite des discours officiels. Mardi soir même les travaux des sections s'organisaient. Mercredi dans l'après-midi, la Municipalité parisienne recevait à l'Hôtel de Ville les membres du Congrès; le lait, le thé, le café leur étaient libéralement offerts, il y avait même du champagne, et les abstinents, moins intransigeants que la veille, pouvaient mettre à leur tour du vin dans leur eau.

J. Noir.

Le bureau du Congrès antialcoolique se trouve définitivement constitué de la façon suivante :

Président d'honneur : M. Th. Roussel, membre de l'Académie de Médecine, sénateur.

Vice-présidents d'honneur : MM. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; Turinaz, évêque de Nancy ; Millerand, député.

Président : M. le docteur Legrain, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

Vice-présidents français : M. le docteur Joffroy, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; M. Gaufrès, secrétaire général de la Ligue de la moralité publique.

Vice-présidents étrangers : MM. Lejeune, ministre d'Etat (Belgique), Baer, Mlle Hoffmann, MM. Mullendorf (Allemagne), Barodine, Tigershtedt (Russie), Mme Selmer (Danemark), Mme Helenius (Finlande), MM. Rochat (Italie), Forel (Suisse), Thiron (Roumanie), Dillon (Angleterre).

Secrétaire général : M. le Dr Boissier, secrétaire général de l'Union française antialcoolique.

Secrétaires généraux adjoints : Mme Legrain, M. Lallement, instituteur.

Outre les importants rapports de MM. Buisson, Brunon, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen, sur l'action de la jeunesse universitaire dans la lutte contre l'alcoolisme, les remarquables conférences de M. Turinaz, évêque de Nancy, de M. L. Rochat, pasteur à Genève, sur « le clergé et les ministres des divers cultes dans la lutte contre l'alcoolisme », signalons dans les sections les communications de M. le Dr Legendre au nom de la Société médicale des hôpitaux de Paris et de M. le Dr Noir, au nom de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris, ce qui montre bien les efforts que le corps enseignant, les divers ministres des cultes et le corps médical effectuent pour arriver à enrayer le fléau de l'alcoolisme.

Projet d'impôt sur les eaux minérales.

Nous avons annoncé, dans le n° 49 du *Progrès médical* (3 décembre 1898, p. 439) le dépôt, à la Chambre des députés, d'un amendement de M. Vacher, demandant qu'un droit de 10 centimes soit perçu par chaque bouteille d'eau minérale. La discussion de cet amendement est venue à la Chambre dans la séance du 29 mars dernier. Comme il s'agit là d'une proposition qui intéresse la santé publique à un haut degré, nous croyons utile de reproduire le texte complet, d'ailleurs court, du *Journal officiel*.

M. LE PRÉSIDENT. — Nous sommes à la loi de finances, aux articles nouveaux qui prendraient place après l'article 21. Il y a d'abord un article additionnel de MM. Vacher et Borie, ainsi conçu : « *A partir du 1er janvier 1899, il sera perçu un droit de 10 centimes par chaque bouteille d'eau minérale.* Ce droit s'appliquera à toutes les eaux naturelles ou artificielles vendues, importées ou exportées. » — La parole est à M. Vacher.

M. Léon VACHER. — Je demande à la Chambre de ramener au droit commun fiscal un élément de la fortune publique qui jusqu'ici a toujours échappé à tout impôt. (*Bruit sur divers bancs.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, si vous voulez terminer le budget, écoutez l'orateur.

M. Léon VACHER. — Tout ce qui est productif de revenus doit contribuer aux charges publiques et payer un impôt. C'est la règle que je vous demande d'appliquer aux eaux minérales qui sont une des richesses de la France. On m'a fait quelques objections auxquelles je vais répondre. On me dit : Vous demandez des taxes sur les eaux minérales au moment où la Chambre vient de dégrever les boissons hygiéniques... (*Bruit persistant.*) — (L'orateur échange quelques mots avec M. le président et descend de la tribune.)

M. PUECH. — Je voudrais demander à M. Vacher s'il comprend dans son amendement les eaux de Seltz, qui sont des eaux minérales non naturelles.

M. Léon VACHER. — Non.

M. PUECH. — Dans ces conditions, j'ai satisfaction.

M. ASTIER. — L'impôt que l'on propose est un impôt sur la santé publique. (*Applaudissements sur divers bancs.*)

M. Jules LEGRAND, sous-secrétaire d'État au Ministère de l'Intérieur. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le sous-secrétaire d'Etat.

M. Jules LEGRAND, sous-secrétaire d'État au Ministère de l'Intérieur.— Messieurs, le Gouvernement demande très énergiquement à la Chambre de repousser l'amendement. (*Très bien ! très bien !*) En effet, les eaux minérales sont avant tout un médicament, et ce médicament est aussi utile aux pauvres gens qu'aux riches. J'ajoute que l'Académie de Médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France ont toujours refusé de faire une distinction entre les eaux médicamenteuses et les eaux dites de table. Du reste, ces eaux de table sont essentiellement hygiéniques, et certaines d'entre elles coûtent très bon marché ; vous allez en doubler presque le prix avec cet impôt. (*Applaudissements.*) Ce sont les plus pauvres qui seront frappés ; c'est un impôt contre les pauvres que l'on établira. Je m'en tiens là, et je demande à la Chambre de repousser cet amendement. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'amendement de M. Vacher. (L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.)

Nous ne pouvons qu'approuver les remarques de MM. Astier et Jules Legrand. Ce dernier a rappelé avec juste raison l'opinion de l'Académie de Médecine et du Comité Consultatif d'hygiène (1). Alors que, dans l'intérêt supérieur de la santé publique, on se préoccupe de procurer à toutes les villes de l'eau de source, alors qu'on dégrève les boissons hygiéniques, demander un impôt sur les eaux minérales de table ou médicamenteuses, c'est une étrange aberration. La proposition de MM. Léon Vacher et Borie a eu le sort qu'elle méritait. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

DIXIEME SESSION. — MARSEILLE. — AVRIL 1899.

Séance du 4 avril. — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE.

La deuxième séance a eu lieu à deux heures et sa première partie a été occupée par la formation du bureau et la nomination des vice-présidents. M. le Dr Petrucci, secrétaire général du Congrès d'Angers, a rendu ses comptes de gestion et, en l'absence du Dr Motet, président du Congrès d'Angers, M. le Dr Ritti, vice-président, a présidé à l'installation du nouveau président, M. le Dr Doutrebente.

Ont été nommés présidents d'honneur : M. le Ministre de l'Intérieur, M. Monod, directeur de l'Assistance publique, M. le Dr Livon, directeur de l'Ecole de Médecine, M. le Dr Karhenko, de Nijni-Novgorod, M. le Dr Martin de Juove, etc. ; vice-présidents : MM. les Drs Mabille, Rey et Maunier ; secrétaires des séances : MM. les Drs Antheaume, Fenayrou et Monestier.

Une commission comprenant MM. Ballet, Ritti, est également chargée de choisir les questions mises à l'étude pour le prochain Congrès de 1901 et de désigner les rapporteurs. Après une légère discussion, il est décidé qu'il est préférable d'attendre, pour désigner les sujets mis à l'étude, la fin du Congrès international de 1900.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Anglade qui expose son rapport avec une grande clarté et beaucoup de précision.

Des délires systématisés secondaires.

M. ANGLADE, rapporteur, a insisté sur les notions de pathologie générale qui pouvaient aider à mettre un peu d'ordre dans une question aussi complexe, cette question l'est certainement, car, les éléments de sa discussion se dispersent à travers la médecine mentale toute entière. Bien plus, ces éléments n'ont pas pour tout le monde la même valeur. Aussi, la variété des solutions qu'elle a reçues n'est-elle peut-être que le résultat d'un malentendu. Pour le faire cesser, il faut se placer assez haut, et regarder d'assez loin pour embrasser,

(1) Voir aussi notre brochure intitulée : *L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques et sur les eaux minérales*, 1890.

d'un même coup d'œil, toute l'étendue du sujet. Faire de la pathologie générale ne s'appelle point faire de la psychologie pure. L'auteur a voulu faire de la synthèse clinique. Les opinions et les faits, discutés à la lumière de saines notions de pathologie générale, lui semblent perdre de leur obscurité et il paraît possible de se reconnaître même dans cette question des délires systématisés secondaires. Elle peut se résumer sous forme de conclusions qui doivent servir de base aux discussions du Congrès.

Il existe des délires systématisés développés sur des états secondaires aux principales formes d'aliénation mentale, notamment à la manie, à la mélancolie, à la folie à double forme, aux névroses et aux intoxications. La réalité clinique de ces formes psychopathiques est admise par la majorité des aliénistes de tous les pays. Dans notre psychiatrie même, où les délires systématisés secondaires ne sont pas en honneur, ils y sont cependant représentés par le délire des négations, de conception essentiellement française. Mais, on ne s'accorde pas sur le degré d'importance qu'il convient de leur attribuer. Il suffira de comparer l'opinion de Krafft-Ebing, qui les considère comme des formes de démence, à celle de Tonnini qui les assimile à la paranoïa. La vérité se trouve peut-être entre ces deux opinions extrêmes.

1° *Délires systématisés secondaires à la manie.* — Ils se manifestent après un ou plusieurs accès de manie et se caractérisent par la fixité d'une ou plusieurs conceptions délirantes. Ces idées délirantes se systématisent faiblement et isolément. Elles ne s'associent jamais entre elles, se contredisent même souvent. Par leur nature, elles représentent les préoccupations antérieures du malade ou les idées délirantes nées pendant l'accès psychonévrotique. Cette systématisation rudimentaire s'effectue, non à la faveur de la démence proprement dite, mais de la déchéance des facultés d'association, de critique, etc. Les délirants systématisés post-maniaques sont, le plus souvent, des mégalomanes dépourvus de sentiments affectifs, de sens moral et social. Ils gardent leur mémoire intacte, conservent leur activité physique, et s'ils arrivent à la démence, ce n'est qu'après être demeurés longtemps dans un état stationnaire.

2° *Délires systématisés secondaires à la mélancolie.* — Ils sont, de tous les délires systématisés, les plus importants et les plus nombreux. La mélancolie, sous toutes ses formes et à ses diverses périodes, se complique de délires systématisés dont la systématisation est quelquefois si parfaite, que le diagnostic entre la mélancolie et la paranoïa, présente des difficultés. En ne tenant compte que des délires qui apparaissent secondairement à l'accès psychonévrotique, on peut les diviser en trois groupes :

A. — Les délires systématisés post-mélancoliques représentants une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique, qui survivent à la psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation. Ces formes, les plus simples et les moins graves pourraient être, à la rigueur, considérées comme la suite naturelle d'un accès psychonévrotique dont quelques-unes des idées délirantes s'attardent et se systématisent avant la guérison. Nous sommes en droit de les considérer aussi comme des formes de transition entre les mélancolies franches et celles qui aboutissent à des délires systématisés secondaires plus parfaits et plus stables, avec d'autant plus de raison que le passage de l'une à l'autre de ces formes s'observe, chez le même malade, après plusieurs accès.

B. — Les délires systématisés secondaires à la mélancolie et qui prennent les allures des psychoses systématisées progressives. Ces délires, dont l'existence ne saurait être mise en doute, offrent un intérêt clinique considérable. Ils proviennent de la mélancolie et tendent à rentrer dans le cadre de la paranoïa et ne sont, en somme, à leur place ni dans l'une, ni dans l'autre de ces maladies mentales. En fait, ce sont des délires mixtes parce qu'ils résultent de l'association, chez un même individu, des éléments de la paranoïa et de ceux de la psychonévrose mélancolique. Comment reconnaître la paranoïa, distinguer ce qui revient à la psychonévrose? Il faut s'entendre d'abord sur la valeur du terme paranoïa. Il n'est pas synonyme de délire systématisé. Paranoïa veut dire : une constitution spéciale éminemment favorable à l'éclosion d'un délire systématisé qui en est le symptôme le plus fréquent mais non constant. En des termes différents, cette constitution spéciale est reconnue par la presque unanimité des aliénistes. Ses caractères sont : orgueil exagéré, méfiance excessive. Développement de l'instinct de la conservation aux dépens de l'instinct social ; affaiblissement de la faculté de jugement, de critique, etc... La paranoïa est une anomalie psychique héréditaire sur laquelle germe, sans même une cause occasionnelle, un délire systématisé primitif. La psychonévrose mélancolique est le résultat et la manifestation d'une dégénérescence acquise. Celle-ci exerce sur l'individu une influence dépressive qui vient se joindre aux effets de la dégénérescence paranoïenne. L'association et la combinaison de ces deux ordres de dégénérescence rendent compte de tous les faits de délires systématisés secondaires post-mélancoliques. Si l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'état paranoïen, le délirant sera plus mélancolique qu'orgueilleux. Il parlera comme un mégalomane et réagira comme un mélancolique lorsque l'élément paranoïen aura le pas sur l'élément psychonévrotique. Il est des cas où les deux éléments se tiennent en balance. De la connaissance parfaite du rôle de ces deux éléments, découlent le diagnostic et le pronostic d'un délire systématisé post-mélancolique.

C. — Un troisième groupe comprend les délires post-mélancoliques à caractère exclusivement dépressif. Le délire des négations en est le prototype. Ces délires offrent des caractères communs. Ils se manifestent, après plusieurs accès de mélancolie, chez des sujets à antécédents héréditaires chargés. Les troubles de la sensibilité générale et spéciale y occupent la première place. Ces troubles de la sensibilité correspondent évidemment à des altérations anatomiques du système nerveux périphérique et central. Le délire interprète des sensations réelles. Ces altérations du système nerveux sont peut-être la conséquence d'auto-intoxications. Leurs caractères ne sont pas faits pour contredire cette manière de voir. Il est possible que les troubles viscéraux, qui se rencontrent fréquemment au début des psychonévroses mélancoliques, favorisent la production des poisons organiques. Ces poisons frappent le système nerveux périphérique et central, créant des sensations pénibles dont l'interprétation constitue le délire. En sorte que la psychonévrose serait à la fois la cause et le résultat des lésions nerveuses. Il faudrait alors faire intervenir, dans la production des délires mélancoliques, un troisième élément : l'élément toxique. Car l'élément paranoïen ne fait jamais défaut. Il explique la systématisation du délire et son évolution vers la transformation de la personnalité.

3° *Délires systématisés secondaires à la folie à double forme.* — Les délires systématisés affectionnent particulièrement les formes intermittentes de la folie. Cela est vrai aussi pour la folie à double forme. On y a observé des délires de négation. Nous avons nous-même rapporté l'observation d'un malade qui, après quelques accès de mélancolie et de manie, est devenu un délirant systématisé. Et le délire empruntait ses caractères aux formes post-maniaques et aux formes post-mélancoliques.

4° *Délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications.* — Les névroses sont une source de sensations pénibles. Ces sensations, chez un sujet prédisposé, peuvent être le point de départ d'un délire qui se systématisera d'autant mieux que l'élément paranoïen sera plus accentué. Cela veut dire qu'un délire systématisé, lié à une névrose, se reconnaîtra toujours aux troubles de la sensibilité. Ceux-ci porteront le cachet de la névrose dont ils dépendent. Les intoxications, l'alcoolisme, par exemple, influencent le système nerveux périphérique, éveillent des sensations pénibles dont l'interprétation pourra donner lieu à un délire systématisé. Mais, encore ici, le trouble sensoriel seul dépend de l'alcoolisme. L'interprétation et la systématisation délirantes sont fournies par l'appoint paranoïen. Les mêmes considérations s'appliquent aux maladies viscérales, aux diathèses, etc. A. Marie.

M. Vallon proteste contre l'interprétation que lui prête le rapporteur de la pensé de Cotard au sujet du délire des négations. Au contraire il pense que Cotard ne considérait le délire

des négations que comme une phase de l'évolution du délire mélancolique, il n'a pas dit que Cotard considérait ce délire comme une entité morbide. De reste Cotard n'admettait pas un seul mais plusieurs délires chroniques. La différence radicale qui sépare les délires systématisés secondaires à la manie et ceux consécutifs à la mélancolie, c'est que dans les premiers le délire se réduit à quelques idées qui restent seules du délire primitif. Tandis que chez les mélancoliques il y a une véritable systématisation qui se fait par une évolution lente et progressive.

Enfin dans son rapport M. Anglade avance que l'Ecole française admet que le délire chronique évolue sur un terrain normal; ceci est l'opinion de M. Magnan et cette opinion a été vivement combattue à la Société médicopsychologique par MM. Ball, Falret, Séglas, Doutrebente, et M. le Dr Magnan ne représente pas à lui seul toute l'Ecole française ; et même sur cette question tous les élèves de M. Magnan ne sont pas d'accord avec leur maître. Ainsi M. le Dr Legrain a établi que des délires systématisés progressifs pouvaient évoluer sur des terrains dégénératifs, et ce faisant, il n'a fait que mettre au point l'état de la question.

M. Régis répond en quelques mots au rapport du Dr Anglade. Son attention a été attirée depuis longtemps sur les délires systématisés secondaires par l'examen des vieux mégalomanes des Asiles dont beaucoup n'étaient que d'anciens maniaques. Il a signalé et décrit sommairement dans son *Traité des maladies mentales* (2e édition, 1892), les délires systématisés secondaires post-maniaques et post-mélancoliques, tels que les entendent les aliénistes étrangers ; il n'est donc pas tout à fait exact, comme le dit M. Anglade dans son historique, qu'à aucun moment la question des délires secondaires n'a été envisagée en France jusqu'à ce jour.

La doctrine de la constitution paranoïenne des auteurs italiens, que le rapporteur a clairement exposée et à laquelle il s'est rallié au moins dans son principe, n'est encore qu'une pure théorie. Elle rend l'explication des faits logique et facile, mais elle repose essentiellement sur une hypothèse, celle d'une constitution spéciale qu'il est difficile de reconnaître par des signes précis avant la manifestation du délire.

Cette théorie même, malgré son élasticité, ne saurait expliquer tous les faits. Contrairement à l'opinion du rapporteur et d'accord en cela avec certains étrangers, Régis croit que les délires systématisés post-maniaques sont plus fréquents que le délire systématisé post-mélancolique. Il est important à ce point de vue de distinguer les délires secondaires en précoces et tardifs. Les premiers, ceux qui surviennent au bout de quelques semaines ou de quelques mois, n'ont, en effet, ni les mêmes raisons d'être, ni les mêmes caractères, ni la même gravité que ceux qui n'apparaissent qu'après plusieurs années. Or, si les précoces sont plus fréquents après la mélancolie, les tardifs, les plus typiques et les plus vrais pour lui, se rencontrent le plus souvent après la manie. Une enquête faite sur les vieux psychonévrotiques des asiles pourrait le démontrer.

Il existe pourtant des mélancoliques qui font du délire systématisé secondaire après de longues années, mais ils sont rares. Régis n'en a observé qu'un cas se rapportant à un prêtre héréditaire qui, après un an de mélancolie franche, a commencé de manifester des idées de persécution liées à des hallucinations multiples et très actives et finalement des idées de grandeur, tout en conservant un fonds mélancolique avec paroxysme aigu rappelant la lypémanie du début.

Ce cas montre, ainsi que l'on dit MM. Séglas et Anglade, que les délires systématisés post-mélancoliques sont en rapport avec des troubles sensoriels intenses. Il prouve aussi que, contrairement à l'opinion de Krafft Ebing, ces malades ne sont pas des déments, car le sujet en question, à 60 ans d'âge, et après 30 ans de délire, a pu, entre autres choses, apprendre et retenir une langue étrangère.

En ce qui concerne le délire des négations on ne saurait le considérer comme constituant essentiellement un délire systématisé secondaire, il est souvent, en effet, primitif, notamment chez ces malades négateurs d'emblée dont a parlé le rapporteur, et qui sous l'influence de l'auto-intoxication ou d'autres causes ont des troubles gastro-intestinaux, de l'anesthésie viscérale, ou même des lésions du système nerveux. Ici il est incontestable que le délire des négations est primitif et qu'il a pour cause primordiale et efficiente un substratum anatomo-pathologique dont la guérison suffit à faire disparaître le trouble mental. Que devient, dans ce cas, la constitution paranoïenne supposée nécessaire pour produire de tels délires ?

Il existe également un délire systématisé secondaire à la confusion mentale. Les auteurs étrangers qui l'ont signalé, ont surtout visé les états passagers de confusion qui surviennent au début d'une paranoïa le plus souvent à forme aiguë. Mais on observe aussi des délires systématisés à la suite d'une confusion mentale vraie : les uns sont de vrais délires vésaniques secondaires, tandis que les autres, les moins connus, ne sont autre chose que des reliquats monoïdéiques de ce véritable état second qu'est la confusion mentale tonique, en tout point comparable aux idées fixes post-hypnotiques des hystériques. La preuve en est, que, comme celles-ci, ces délires peuvent disparaître par la psychothérapie et la suggestion. Ici encore nous trouvons un argument contre la conception trop absolue de la constitution paranoïenne.

En résumé, Régis croit qu'il serait prématuré d'adopter, en ce qui concerne les délires systématisés secondaires, une théorie pathogénique définitive. Contentons-nous de constater que ces délires existent bien, qu'ils peuvent survenir sous des formes et dans des conditions différentes, après toutes les psycho-névroses et même la confusion mentale. Pour l'instant il est bon de s'en tenir là et de ne pas chercher à édifier quand même une conception trop hypothétique. Restons fidèles à la méthode d'observation, à cette méthode anatomo-clinique, qui est la méthode française par excellence et qui a permis de réaliser tant de progrès dans le domaine des maladies du système nerveux.

M. le Dr Lalanne (de Bordeaux) apporte une observation sur un cas de délire systématisé secondaire consécutif à un état neurasthénique. Pour lui il n'y a pas de si grandes différences que l'on croit entre la neurasthénie délirante et la mélancolie, d'un côté c'est l'hypocondrie physique qui prédomine, de l'autre c'est l'hypocondrie morale. Il croit que des délires systématisés peuvent être consécutifs à des obsessions, à des phobies, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 avril 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Algidité progressive des nouveau-nés.

M. Hervieux montre l'extrême gravité de cette dépression progressive non seulement de la température, mais de la respiration et de la circulation. Les onze malades qui ont fait l'objet de son premier mémoire en 1855 ont tous succombé. A ce moment on ne connaissait pas les couveuses. Mais même aujourd'hui le traitement doit être très précoce. Dans le cas de faiblesse congénitale ou de naissance avant terme, on doit éviter le moindre refroidissement.

M. Gueniot rapproche cet état du sclérème et de la torpeur syncopale des nouveau-nés. Il insiste aussi sur le danger de la moindre réfrigération. Comme traitement, M. Guéniot signale en particulier le massage préconisé par Legroux contre le sclérème. Pour le faire, il faut démaillotter l'enfant devant un bon feu : le massage doit être délicat pour éviter de blesser l'épiderme. Au massage il faut ajouter l'incubation artificielle, soit dans un berceau avec des boules d'eau chaude, soit dans une couveuse Tarnier ; mais cette incubation doit être pratiquée avec de très grandes précautions, si l'on veut obtenir de bons résultats. L'enfant doit être nourri très fréquemment, afin de se rapprocher le plus possible des conditions physiologiques de la nutrition *in utero*.

Combinaison iodée du soufre.

M. Prunier décrit deux variétés de combinaisons du

soufre et de l'iode : la première, dans laquelle l'iode est simplement dissous dans le soufre ; la seconde est l'iodure de soufre où l'iode est combiné au soufre. Le soufre iodé paraît plus actif, plus caustique, plus difficile à manier que l'iodure du soufre. Ce dernier produit a été expérimenté en petite quantité, mélangé avec du soufre précipité, débarrassé des sulfures d'hydrogène.

Nouveau traitement de l'exophtalmie.

M. Roure (de Valence) a traité l'exophtalmie par la réduction de volume du sac conjonctival qui permet de refouler en arrière le globe de l'œil.

M. Chauvel, dans un rapport sur ce travail, montre que cette opération peut être indiquée dans les exophtalmies traumatiques. Dans les autres formes, il faut de préférence s'adresser à la cause productrice de l'exophtalmie. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

7e session (6, 7 et 8 avril 1899).

La septième session de la Société obstétricale de France s'est ouverte le jeudi 6 avril, à 9 heures du matin, sous la présidence de M. le Pr P. Budin, avec MM. Hergott et Maygrier, vice-présidents, et M. Demelin, secrétaire général. Malgré l'heure matinale, c'est au milieu d'un grand nombre de congressistes que M. Budin a ouvert la séance par une courte allocution dans laquelle, après avoir remercié ses collègues de l'honneur qu'ils lui avaient fait en l'appelant à la présidence, il rappelle les pertes qu'a éprouvées la Société en la personne de MM. Dezanneau (d'Angers), Delaissement et du Pr Bouchacourt ; puis il présente à la Société les regrets de MM. Gaulard, Grynfelt, La Torre, Guillemet, qui n'ont pu se rendre au Congrès.

La parole est ensuite donnée au secrétaire général pour la lecture de son rapport et de la correspondance. Celle-ci comprend des lettres de candidature de MM. Chéron, Bouchacourt, de Rothschild (de Paris), Diffre (de Montpellier), Delattre (de Roubaix), Dufour (de Fécamp). Leur nomination, mise au vote, est adoptée à l'unanimité.

L'ordre du jour étant très chargé, deux communications ont été faites dès cette première séance, consacrée d'habitude aux affaires de la Société. La première communication a été faite par *M. Mari : Considérations sur le traitement de la septicémie puerpérale* ; la seconde par *MM. Thoyer-Rozat et Dubrisay : Statistique des applications de forceps faites à la Clinique Tarnier, du 1er novembre 1896 au 31 mars 1899.*

Après ces communications, la Société se forme en comité secret pour discuter certaines questions d'ordre intérieur.

Nous donnerons le compte rendu des communications et des discussions auxquelles elles auront donné lieu. L. M.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance de mars 1899 (suite).

Enfant présentant des malformations multiples : Spina bifida, scoliose, asymétrie pelvienne, division du voile du palais.

MM. Bouchacourt et Dubrisay présentent un moulage à la cire, une radiographie de la pièce sèche du bassin et de la colonne vertébrale d'un enfant qui a vécu 4 jours 1/2 à la Clinique Tarnier, présentant un certain nombre d'anomalies compatibles avec l'existence. Le spina bifida était ulcéré et s'étendait à tout le segment de la colonne vertébrale situé au-dessous de la 10e dorsale, et à toute l'étendue du sacrum. La scoliose double est à la fois dorsale et lombo-sacrée. Enfin, le bassin est aplati, de hauteur inégale des deux côtés, et les os iliaques sont asymétriques. L'examen de la radiographie et de la pièce sèche montre bien que la dessiccation entraîne des déformations importantes dans la configuration intérieure des bassins d'enfant, et exagère notamment la forme en entonnoir. H. Chéron.

REVUE DE CHIRURGIE

XIX. — A propos de divers procédés d'hystérectomie.

XIX. — Après le remarquable mémoire publié dans ce journal par notre distingué collaborateur le Dr L. Longuet, sur l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus (1), il n'est pas sans intérêt de donner une analyse de la discussion sur l'hystérectomie au dernier Congrès de Chirurgie, où plusieurs chirurgiens éminents de Paris et de province ont émis leur opinion sur cette intéressante question :

M. Terrier déjà, à deux reprises, a fait connaître les résultats qu'il a obtenus, soit par l'hystérectomie abdominale totale, soit par l'hystérectomie supra-vaginale. Depuis sa dernière communication, il a fait 30 nouvelles hystérectomies abdominales, dont 24 supra-vaginales et 6 totales, pour lésions diverses de l'utérus et des annexes. Sur ces 24 hystérectomies supra-vaginales, il a eu 23 succès et 1 mort, par suite d'accidents cardiaques. L'hystérectomie abdominale totale lui a donné 4 succès et 2 échecs, dus non pas tant à l'opération elle-même qu'à l'étendue des lésions, car il s'agissait de cancers ayant envahi le vagin. En réunissant ces 30 nouvelles interventions aux 45 précédentes, il arrive à un total de 75 hystérectomies abdominales dont 50 supra-vaginales, avec 5 insuccès et 25 totales avec 6 décès. Il continue à considérer l'hystérectomie supra-vaginale comme une excellente opération. Quant à l'abdominale totale, c'est aussi une bonne opération, mais quand on peut l'éviter, il vaut mieux faire la supra-vaginale.

M. Demons relate 3 cas d'hystérectomies abdominales totales par fibromes pratiquées par lui au cours de la grossesse. Chez la première, l'indication fut tirée des douleurs. La seconde, femme de 35 ans, était enceinte de 2 mois 1/2. La troisième, femme de 31 ans, était enceinte de 5 mois. Les résultats furent bons, et l'auteur en tire les conclusions suivantes : 1° en pareil cas, ne pas trop se hâter ; 2° cependant l'intervention est parfaitement légitime dans quelques cas ; 3° si elle devient nécessaire, l'abdominale totale paraît être l'opération de choix ; elle est plutôt facilitée par la grossesse.

M. Bouilly donne les résultats de sa pratique d'hystérectomies vaginales pour fibrome. Il est certain que l'hystérectomie vaginale perd un peu de terrain depuis quelque temps ; parce que les résultats pour la voie haute ou la voie basse tendent à s'égaliser, et peut-être aussi parce qu'en chirurgie, comme ailleurs, il y a un peu une question de vogue, l'hystérectomie vaginale n'est plus aussi à la mode qu'il y a quelques années. Toutefois elles ont toutes deux droit à l'existence, toutes deux ont leurs indications réciproques. L'auteur estime même que pour l'avenir, c'est l'hystérectomie vaginale qui devrait regagner du terrain, parce que nous n'avons plus le droit de laisser les fibromes dépasser la phase d'opérabilité par en bas ; nous ne devons plus laisser grossir aucun fibrome. Toutes chances égales d'ailleurs, l'hystérectomie vaginale a incontestablement sur l'abdominale, la supériorité d'être plus simple. La preuve en est que 4 à 6 hystérectomies vaginales sont facilement réalisables en une seule matinée ; alors qu'on n'en pourrait dire autant d'opérations par l'abdomen. Toutefois, il y a lieu de modifier les formules déjà vieilles, comme la limite ombilicale : il n'y a rien de bien fixe à ce point de vue ; l'auteur a enlevé par en bas des fibromes de 2 kilos. ; maintenant, il les enlèverait par en haut. En revanche, il y en a de petits, qui s'accrochent derrière la symphyse et qui sont, quoique petits, plutôt justiciables de l'abdominale. Cela dépend encore de l'état du vagin, de l'âge. Mais avant tout, il croit que c'est une affaire d'adaptation. Il faut présumer si l'adaptation est possible par la filière pelvienne. Sa statistique comporte 109 hystérectomies vaginales pour fibromes d'un volume variant depuis quelques petits noyaux jusqu'à 1 ou 2 kilogrammes, en moyenne 800 à 1.000 grammes. M. Bouilly tend de plus en plus à élargir les indications opératoires, encouragé par les résultats de sa pratique. Toutefois il n'intervient pas parce que fibrome ; il cherche des indications

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 3, 6 et 10, 1899.

dans l'évolution stationnaire ou progressive, dans les douleurs, les pertes, etc.

Les 109 cas se répartissent ainsi : 101 guérisons et 8 morts, soit 7,33 0/0. Cela varie beaucoup suivant les séries ; il pourrait citer des séries de 25 cas consécutifs sans une mort; il opère les malades telles qu'elles se présentent et évite tout groupement. Ces 8 morts sont les suivantes : 2 morts, l'une le jour même de l'opération par shock, l'autre le lendemain, d'embolie ; 1 mort le 11e jour, de phlébite et embolie, soit d'infection ; 1 mort après 44 heures, d'anémie et d'asthénie cardiaque; 4 morts de septicémie péritonéale, péritonite suppurée ou non, mais attribuables vraisemblablement à une petite faute de technique tenant au prolapsus longtemps prolongé des anses intestinales et de l'épiploon par la plaie vaginale et leur contact avec des tampons souillés. C'est ainsi qu'il expliquerait volontiers certaines morts survenant jusqu'au 12e jour d'accidents infectieux plus ou moins larvés. Aussi comme point particulier de technique, il ferme systématiquement le dôme vaginal par quelques fils de catgut. Depuis cette manœuvre, il n'a plus d'accidents, tout ce qui est septique reste dans le vagin ; les douleurs sont beaucoup moindres, le suintement moins abondant. Relativement à la durée, on a parlé de 2 heures, 3 heures ; ces cas sont exceptionnels ; le maximum atteint par lui est de 1 heure; en général 35 à 45 minutes pour les gros fibromes ; les petits fibromes se laissent presque escamoter en 5 ou 10 minutes. Si l'opération dure plus, c'est souvent parce que les fibromes sont mous ou qu'ils sont tres nombreux. En résumé, bien qu'elle perde du terrain, l'hystérectomie vaginale pour fibrome restera toujours dans la pratique ; elle est plus simple que l'abdominale ; aussi celle-ci ne pourra pas la faire disparaître complètement. D'ailleurs l'hystérectomie vaginale a pour elle de parfaitement répondre au desideratum ; elle est simple, bénigne et efficace.

M. Reynier expose sa pratique de l'hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin. Réservée au début aux fibromes, l'hystérectomie abdominale dans ces derniers temps a été faite dans des cas de cancer utérin.

« Les chirurgiens américains, dit-il, ont été les premiers à se lancer dans cette voie ; ici en France, MM. Quénu, Michaud nous apportaient au mois de mars dernier des observations de malades opérées pour épithélioma utérin. Moi-même, presque à la même époque, puisque ma première opération date du mois de mars 1898, je tentais d'enlever les utérus cancéreux, épithélioma du col et épithélioma de la cavité, par l'abdomen. Dès mes premières opérations, je fus frappé de tous les avantages qu'il y avait à aborder par cette voie la lésion.

Ici encore, la supériorité de la voie abdominale s'affirmait pour moi, sur la voie vaginale. Je devenais très partisan de cette opération, et je continuai pendant toute cette année ces tentatives. J'ai pu opérer ainsi 8 cancers utérins ; et ce sont les résultats de ces opérations que je viens vous exposer, espérant vous convaincre, comme moi, que c'est la meilleure manière d'aborder un cancer utérin, si toutefois il n'a pas cessé d'être opérable, à cause de l'étendue des lésions.

Mais avant de vous parler de mes résultats, je tiens d'abord à vous exposer le manuel opératoire que j'ai suivi, et que je suivrai dorénavant toujours.

La malade, sur la table d'opération, a été lavée minutieusement et complètement rasée. Le ventre et le vagin ont été soigneusement aseptisés.

Je commence par introduire une valve dans le vagin, et avec la pointe d'un long bistouri je trace une incision circulaire tout autour du col, circonscrivant la lésion. Mon bistouri incise seulement la muqueuse vaginale. Je dirai tout à l'heure l'utilité de ce premier temps. Si j'ai un trop gros champignon, comme cela m'est arrivé dans l'observation IV, je le réduis avec le thermocautère.

Ceci fait, je me lave les mains par précaution (car mes mains n'ont rien touché) dans le permanganate et le bisulfite, le sublimé. Je me remets sur les côtés de la malade, et je fais l'incision abdominale. A ce moment, je fais basculer le lit en arrière de manière à ce que la femme soit dans la position de Trendelenburg. Le ventre ouvert j'abaisse tout le paquet intestinal, je le recouvre de compresses qui s'étendant sur le rectum, protègent entièrement toute la cavité péritonéale. Un aide maintient la masse intestinale. Je relève l'utérus et je place une pince courbe de chaque côté sur l'artère utéro-ovarienne en dehors de l'ovaire. Contre l'utérus je place deux pinces droites, longues qui enserrent la moitié du ligament large. Je coupe entre ces deux pinces le ligament jusqu'à sa moitié. A ce moment, je fais l'incision du péritoine sur la face antérieure de l'utérus, et je commence le décollement de la vessie. Je décolle jusqu'à ce que je pénètre dans le vagin par mon incision vaginale. L'utilité de cette incision m'est alors démontrée, car sans elle on risque en décollant de décoller trop de paroi vaginale antérieure. On peut également prier l'aide qui est entre les jambes de la malade de pousser une pince par cette incision, pince qui vous guide pour achever rapidement ce décollement.

Le vagin ouvert de ce côté non pas avec le doigt mais la spatule ou les ciseaux mousses, on prend d'autres ciseaux, pour sectionner le cul-de-sac postérieur et pénétrer en arrière de l'utérus dans le vagin. L'organe utérin ne tient plus que par la base des deux ligaments larges. Il est alors facile, prenant successivement ces ligaments entre les doigts, pendant qu'avec l'écarteur sus-pubien l'aide entre les jambes protège la vessie, de glisser les mors d'une pince qui enserre cette base du ligament et l'artère utérine, en étant placée juste contre l'utérus.

En somme, c'est la manœuvre en sens opposé, qu'on exécute dans l'hystérectomie vaginale, quand on veut placer sa pince utérine. La base du ligament large étant enserrée de chaque côté, il ne reste plus qu'à sectionner de chaque côté ce ligament en dedans de la pince, et l'utérus alors vient comme un fruit mûr qui se détache de la branche. En l'attirant au dehors, s'il tombe quelques gouttes de sanie, cette sanie tombe sur les compresses qui garnissent le petit bassin, et qu'on change rapidement. Vous n'avez plus qu'à remplacer les 4 pinces, qui sont: deux sur le pédicule des annexes, deux sur les artères utérines, par des ligatures à la soie, et l'opération est finie.

Si je préconise ici l'emploi des pinces, et leur remplacement par une ligature lorsque tout est fini, c'est que j'ai reconnu les inconvénients des ligatures mises dès le début de l'opération sur les pédicules ovariens. Dans les tiraillements que subit fatalement le ligament large pendant qu'on décolle, ou qu'on coupe d'un côté, la partie enserrée du ligament large glisse dans la ligature, surtout quand le ligament large est très mince et on est surpris de voir à la fin de l'opération, lorsque tout est terminé, une hémorragie se produire, que l'hémostase parfaite pendant tout le temps de l'opération n'avait pu faire prévoir. Par l'ouverture vaginale l'aide introduit une pince qui prend un drain, entouré de gaze, que vous lui présentez par l'abdomen. Avec cette gaze vous tapissez l'ouverture vaginale, vous finissez par un bon lavage à l'eau bouillie, ou au chlorure de sodium, du petit bassin, et vous refermez le ventre.

Telle est l'opération très simple que je vous propose ; comme vous le voyez il n'y a pas là un procédé particulier, ce ne sont que des règles de la chirurgie générale que j'applique.

C'est de la même façon que je procède d'ailleurs pour les fibromes, ajoutant simplement à l'opération la sortie du fibrome hors du ventre avec le tire-bouchon. Depuis longtemps, j'ai abandonné tous ces procédés de violence qu'on nous a vantés avec tant de tapage les années dernières, et qui consistaient dans la saisie du col avec une pince et dans le décollement à la force du biceps de l'utérus avec la vessie.

Ces procédés d'arrachement, qui peuvent quelquefois réussir en cas de fibrome, ne pourraient être utilisés dans le cas de cancer utérin. Celui-ci, en effet, rend les parois de l'utérus friables, se déchirant sous les mors de la pince.

C'est une des difficultés de l'hystérectomie vaginale qui souvent est impossible par le fait de cette friabilité. En pratiquant l'hystérectomie abdominale totale, on ne se heurte pas à cette difficulté, car on n'est pas obligé de mettre des pinces sur l'utérus. Je crois également qu'il est inutile de sectionner comme l'a fait M. Quénu l'utérus pour faciliter son ablation.

On risque par cette section de laisser écouler des matières septiques, et on est plus sûr de son asepsie en enlevant l'utérus dans son entier.

J'arrive maintenant aux indications de cette opération. Par la voie abdominale il est incontestable qu'on peut enlever des utérus, qu'on n'enlèverait pas par la voie vaginale.

On peut également par cette voie enlever beaucoup plus de

parois vaginales, le décollement du vagin pouvant par voie abdominale se faire sur une grande étendue. Toutefois si le vagin est très pris, l'opération devient mauvaise; la récidive étant presque certaine à très brève échéance, à cause de l'envahissement des lymphatiques, il vaut mieux s'abstenir. L'induration des ligaments larges est également une contre-indication; car si on peut enlever par la voie abdominale de grands morceaux de ligaments larges, le voisinage de l'uretère par en bas limite ces exérèses, et l'opération est toujours incomplète.

Une contre-indication également est l'envahissement du cul-de-sac antérieur.

Dans ces cas, la vessie est le plus souvent prise; le décollement de l'utérus avec elle ne peut se faire sans déchirer celle-ci. M. Quénu nous a montré qu'on pouvait quelquefois disséquer l'uretère dans une masse néoplasique; mais cette dissection a de grandes chances d'échouer, et dans ces cas le résultat ne récompense pas du mal qu'on s'est donné. On laisse toujours dans cette dissection du tissu cancéreux, plus ou moins adhérent, gage d'une repullulation rapide.

Quand l'uretère est enfin englobé ainsi, il est bien rare que l'artère utérine ne le soit pas. Les pinces dans ce cas ne tiennent pas, les ligatures tombent. Je me suis trouvé dans la sixième opération que j'ai faite, en présence d'accidents de ce genre. Présumant trop de la voie abdominale, j'avais entrepris d'enlever un utérus dont le cul-de-sac antérieur était envahi.

Il me fut impossible de lier l'artère utérine; je fus toujours maître de l'hémorragie en pinçant dans la pince vasotribe que M. Mathieu a construite, et que j'ai présentée à la Société de Chirurgie. Avec cette pince on serre avec une force de 600 kilos. L'hémostase fut parfaite; mais les manœuvres avaient été longues, et ma malade mourait le lendemain de collapsus, malgré les injections de sérum. A l'autopsie il ne s'était pas produit d'hémorragie. Je cite ce cas pour montrer l'utilité de la vasotripsie, qui peut dans des cas exceptionnels nous rendre de réels services. En résumé, on ne doit opérer que lorsque la lésion reste limitée à l'utérus. Ce sont ces cas qui peuvent donner les plus grands succès et ce sont ceux qui justifient l'opération. Sur mes huit malades, six étaient dans ces conditions; elles ont guéri toutes les six de l'opération.

Les deux autres présentaient des lésions étendues, l'une au cul-de-sac antérieur, l'autre au ligament large. Elles sont mortes toutes les deux, l'une de collapsus, l'autre de péritonite. En résumé, par cette opération j'ai eu six succès opératoires et deux morts. Comparez cette statistique avec celle des hystérectomies vaginales; et vous voyez qu'elle est autrement encourageante. Quant à l'avenir de ces malades, il y a trop peu de temps que j'ai fait ces opérations pour en rien préjuger. »

M. Terrier, à cause de l'uretère, se défie de mettre des pinces sur les ligaments larges, et il préfère réaliser l'hémostase en plaçant des ligaments sur les vaisseaux qui saignent, d'autant plus que lorsqu'on arrive au bas, on rencontre également les artères vaginales. Il ne croit pas utile non plus d'ouvrir à la fois et le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac antérieur, le postérieur suffit.

M. Pantaloni (de Marseille). — Lorsqu'il s'agit de cancer du corps de l'utérus, l'hystérectomie abdominale totale ne diffère pas sensiblement de ce qu'on fait pour les fibromes; mais pour les cancers développés du côté du vagin, les difficultés sont tout autres. Au point de vue de la récidive, une seule de nos malades opérées, il y a 18 mois, par hystérectomie abdominale totale, pour un cancer du corps utérin, est actuellement bien portante; quatre autres malades, qui étaient atteintes de cancer du col, ont vu leur mal récidiver très rapidement.

M. Legueu (de Paris). — L'hystérectomie vaginale donne des résultats excellents dans le traitement des suppurations annexielles; cependant elle est excessive dans certains cas, en ce sens qu'elle supprime des organes qui auraient pu être conservés par une opération abdominale, et d'autres fois elle est insuffisante, parce que les poches sont tellement adhérentes que la décortication est impossible. C'est pour cette double raison que dans un certain nombre de cas il préfère l'hystérectomie abdominale. Il a pratiqué douze fois cette opération avec douze succes. Au point de vue de la technique, il se comporte selon les circonstances, enlevant tantôt l'utérus avant les annexes, tantôt les annexes avant l'utérus. En général, il commence par libérer les annexes, et il retourne l'utérus et les ligaments larges de droite à gauche. Dans un seul cas, le col a été laissé en place. Enfin, en ce qui concerne le drainage, il se conforme aux principes adoptés en chirurgie abdominale et il draine toutes les fois qu'il y a hémorragie en nappe ou danger d'infection.

M. Terrier, dans son procédé d'hystérectomie supra-vaginale, a soin d'extirper ce qu'il peut de muqueuse utérine et de cautériser la cavité au thermocautère. Il craint que dans le procédé de M. Faure, il n'y ait contamination de la part de la cavité utérine, ouverte systématiquement sur toute sa longueur.

M. Monprofit croit que pour le cancer de l'utérus, le procédé de M. Faure ne doit pas être employé, car lorsqu'on enlève un utérus cancéreux par la voie abdominale, il faut avoir soin de ne pas morceler.

M. Villar. — Dans les suppurations annexielles, il y a grand avantage à se faire du jour et à décoller les annexes malades de bas en haut; c'est pourquoi il commence par enlever l'utérus, et il a alors un accès facile sur les annexes.

M. Hartmann n'a pratiqué qu'une fois l'opération de M. Faure, mais je ne suis pas disposé à recommencer, car il a eu beaucoup plus de difficultés que s'il avait procédé comme de coutume en conservant le col en entier.

M. Faure tient à ajouter qu'il a t ujours eu soin, comme le fait M. Février, d'aseptiser autant que possible, avec le thermocautère, la cavité de l'utérus ouvert.

M. Pamard (d'Avignon) relate le cas suivant d'amputation sous-vaginale du col utérin cancereux, suivi de récidive seulement au bout de quinze ans : il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, présentant, sur la lèvre postérieure du col, une petite masse végétante, bien limitée, n'ayant envahi ni les tissus profonds ni la cavité utérine. Opération, le 13 février 1883. Chloroforme. Amputation intra-vaginale par l'anse galvanique. Ouverture du cul-de-sac de Douglas, qui est suturé. Suites des plus simples. La nature cancéreuse de la tumeur est confirmée par l'examen microscopique fait par le Pr Kiener de Montpellier.

La malade est revenue, au mois de juin dernier, c'est-à-dire plus de quinze ans après la première opération, avec une récidive sur la paroi postérieure du vagin. Le bon état de la santé générale et la lenteur mise par le mal à revenir m'ont encouragé à intervenir. Opération. le 5 juillet dernier. Ablation très large suivie d'une cautérisation énergique au thermocautère. Les suites ont été des plus simples, mais il craint une nouvelle récidive.

Les résultats immédiats, que lui a donnés l'hystérectomie totale, sont excellents : mais sa plus longue survie a été de 17 mois, quoique ses opérations aient toutes été faites aussitôt que possible. Ceci n'est point encourageant. Aussi, en face d'un résultat comme celui qu'il communique, lui rappelant les statistiques recueillies à la clinique de Braün et à celle de Schröder, les résultats qui ont été communiqués à la Société de Chirurgie dans la brillante discussion commencée le 17 octobre 1888, à la suite de la lecture de son maître Verneuil, dût-on l'accuser d'être un esprit rétrograde, se trouvant en face d'un cancer du col bien limité, il croit qu'il donnerait la préférence à un procédé qui est facile, dont les suites immédiates sont peu dangereuses et qui peut donner une telle survie.

Muséum d'histoire naturelle : Cours de géologie. — M. Stanislas Meunier professeur, commencera ce cours le mardi 11 avril 1899 à cinq heures précises dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur exposera l'*Histoire des doctrines géologiques.* Il s'attachera à montrer par quelles séries de progrès successifs on est parvenu aux notions que nous croyons acquises dans les différents chapitres de la science.

Journalistique. — On nous prie d'annoncer que M. le Dr Variot, médecin de l'hôpital Trousseau, et M. le Dr Lazard, secrétaire, quittent la rédaction du *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles.*

VARIA

Les cliniques et la patente des médecins.

Les médecins, en très grand nombre, qui, à Paris, possèdent une clinique en dehors de leur cabinet médical, étaient depuis plusieurs années en discussion avec l'administration des contributions directes sur l'application de la patente.

Une clinique comporte généralement à la fois un cabinet de consultations, et une maison de santé où sont hospitalisés des pensionnaires. Dans ces conditions, doit-on assujettir à la patente médicale l'ensemble des locaux, ou bien considérer le propriétaire de la clinique d'une part comme médecin dans son cabinet de consultations, et d'autre part comme exploitant de maison de santé dans les pièces affectées au logement des malades en traitement?

La question avait une importance considérable pour le corps médical, puisque la patente, qui est du douzième de la valeur locative sur les appartements affectés à la profession de médecin, n'est plus que du cinquantième sur les pièces considérées comme constituant la maison de santé.

Le conseil de préfecture de la Seine avait adopté une solution onéreuse pour les réclamants. Suivant lui, le docteur ou le chirurgien, qui possède une clinique, devrait être, au point de vue de la patente, réputé médecin, même dans les locaux affectés à l'hospitalisation des pensionnaires.

Mais un pourvoi a été formé devant le Conseil d'Etat, qui a donné raison aux réclamations du corps médical et a réformé l'arrêté du Conseil de préfecture. Il a été décidé qu'on distinguerait entre la profession de médecin et celle d'exploitant de maison de santé; dans le cas où l'intéressé se livrera aux deux professions dans des locaux distincts, quoique dépendant du même établissement, il ne payera pour chaque local que le droit proportionnel attribué par la loi à la profession qui y sera spécialement exercée.

Il y aura donc lieu de faire une ventilation de la valeur locative totale et de rechercher quelles sont les pièces affectées aux consultations et, d'autre part, celles destinées au logement des pensionnaires. Ces dernières ne seront imposées qu'au cinquantième de leur valeur locative. (*Le Temps.*)

Les étudiantes dans les Universités allemandes.

Nous lisons dans les *Débats* l'histoire d'une étrange protestation des étudiants en médecine de Halle contre l'admission des femmes à l'enseignement clinique. La publication de ce manifeste a eu aussitôt pour effet de soulever une contre-manifestation des Sociétés féministes qui prétendent y voir un retour offensif des adversaires de l'émancipation féminime. Les étudiants repoussent énergiquement cette interprétation et ils font remarquer, avec raison, qu'on ne saurait taxer d'intolérance l'Université de Halle qui, la première de toutes, a admis les femmes à ses cours. Ils déclarent, d'ailleurs, qu'ils ne s'opposent nullement à ce qu'elles étudient la médecine, ni même à ce qu'elles continuent à recevoir, comme eux et avec eux, l'enseignement théorique. Ce qu'ils veulent, c'est que l'enseignement pratique ne soit plus donné en commun aux deux sexes, et cela au nom de la morale. Ils affirment, en effet, que l'admission des femmes à la clinique a donné, dès le premier jour, des résultats désastreux. « Avec elles, disent-ils dans le violent manifeste adressé à tous leurs collègues d'Allemagne, avec elles le cynisme est entré chez nous, et il nous faut, à chaque instant, déplorer des scandales aussi pénibles pour les malades que pour les professeurs et les élèves. Dans ce domaine, l'émancipation de la femme est une calamité. Elle se trouve en conflit avec les bonnes mœurs ; il faut donc lui opposer une barrière. Nous demandons que les femmes soient exclues de l'enseignement clinique; l'expérience nous a démontré que l'enseignement clinique en commun pour les étudiants masculins et féminins est aussi peu conciliable avec des études médicales approfondies, qu'avec les principes de la décence et de la morale. » Le Conseil supérieur des Universités a promis d'examiner la question.

Voilà certes un langage que l'on est pas habitué à entendre en France dans la bouche des étudiants.

NÉCROLOGIE

Le Dr Noël-Albert PÉRON.

Comme Glantenay, à quelques jours à peine de distance, PÉRON vient de mourir à 30 ans. Leur vie si brève fut en apparence bien différente. Le premier disparaît en plein triomphe; ses succès furent nombreux et rapides; il était de beaucoup le plus jeune des chirurgiens des hôpitaux. Le second tombe brisé par la lutte; dans les concours il n'a connu que les espoirs d'un moment vite suivis d'amères déceptions. Mais tous deux étaient de même race et de même valeur. Tous deux en partant si jeunes laissent une œuvre suffisante pour montrer tout ce que la science française a perdu en les perdant.

Bien que Péron soit mort à peine au sortir de l'internat, bien qu'il se soit beaucoup dépensé dans la stérile agitation des concours, il a marqué profondément sa trace scientifique. Ses mémoires sur la tuberculose des séreuses dépassent la portée commune. Au milieu de bien des obstacles, cette série de travaux, commencée par sa thèse sur la tuberculose pleurale, fut très patiemment et très brillamment poursuivie. Ces recherches survivront non seulement en raison de leur valeur propre, mais parce qu'elles ont été guidées par une idée maîtresse intéressante. Dans l'évolution du tubercule sur les séreuses, Péron s'est attaché à dégager les raisons de la tendance si fréquente à la bénignité, à la guérison spontanée. Dans toutes ses expériences, cette idée de l'application pratique le hante et le préoccupe. Jamais, peut-être, le grand problème de la guérison de la tuberculose ne fut abordé plus scientifiquement ni serré d'aussi près.

Tous ceux qui ont aimé Péron ne pourront jamais relire ces quelques pages sans une émotion profonde et sans une profonde amertume. Les plus indifférents eux-mêmes éprouveront cette impression pénible que donnent les grandes œuvres interrompues. Et le pauvre cher enfant qui s'en va mérite d'être pleuré de tout cœur parce qu'il part sans avoir donné toute sa mesure. Son génie fut supérieur à sa destinée.

A.-F. PLICQUE.

FORMULES

XLVII. — Traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées d'iode.

Iode pur	0 gr. 03 centigr.
Brome	0 gr. 005 miligr.
Thymol	âà 0 gr. 40 centigr.
Menthol	
Huile d'olives sterilisée	3 grammes.

(*Revue médicale belge.*)

XLVIII. — Liquides vésicants de Guépin.

Ammoniaque concentrée	1 partie.
Huile camphrée	2 parties.

On prend une feuille d'ouate de la grandeur voulue, on la mouille avec cette huile ammoniacale et on l'applique pendant dix à quinze minutes sur la peau à l'endroit où l'on veut obtenir une vésication rapide. (*Le Médecin.*)

XLIX. — Traitement de la gale en ville.

Essence de lavande	āā 2 grammes
— cannelle	
— girofle	
— menthe	
Gomme adragante	4 —
Carbonate de potasse	30 —
Fleur de soufre	90 —
Glycérine	190 —

(Bourguignon.)

Glycérine	200 grammes.
Gomme adragante	1 —
Soufre	100 —
Carbonate de soude	50 —
Essences multiples au goût du malade.	

(Fournier.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 mars au samedi 1er avril 1899, les naissances ont été au nombre de 1.245, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 468, illégitimes, 179. Total, 647. — *Sexe féminin* : légitimes, 436, illégitimes 162. Total, 598.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 26 mars au samedi 1er avril 1899, les décès ont été au nombre de 1.195, savoir : 614 hommes et 581 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 4. T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 13, T. 19. — Scarlatine : M. 4, F. 0, T. 4. — Coqueluche : M. 7, F. 13, T. 20. — Diphtérie. Croup : M. 0, F. 3, T. 3. — Grippe : M. 5, F. 8, T. 13. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 91, T. 216. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 16, T. 28. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 8, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 33, T. 51. — Méningite simple : M. 16, F. 9, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 41, F. 19, T. 60. — Paralysie, M. 7, F. 8, T. 15. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 2, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 40, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 8, T. 21. — Bronchite chronique : M. 25, F. 13, T. 38. — Broncho-pneumonie : M. 24, F. 35, T. 59. — Pneumonie : M. 35, F. 42, T. 77. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 45, F. 53, T. 98. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 12, T. 18. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 12, F. 35, T. 47. — Suicides : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres morts violentes : M. 9, F. 8, T. 17. — Autres causes de mort : M. 91, F. 71, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 14, F. 4, T. 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 15. Total : 36.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de pathologie et de thérapeutique générales.* — A partir du mardi 11 avril, M. ROGER, agrégé, chargé de cours, fera le cours de pathologie et thérapeutique générales les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures (petit Amphithéâtre de la Faculté), au lieu des lundis, mercredis et vendredis.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. les officiers dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1899, savoir : *Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault* : MM. Mercier, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, médecin chef ; Dusolier, médecin aide-major de 1re classe au 10e régiment de chasseurs. — *Hôpital thermal de Vichy* : MM. Annesley, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, médecin chef ; Lambert, médecin-major de 1re classe à l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; Carayon, médecin-major de 1re classe à l'hopital militaire de Rennes ; Viela, médecin-major de 2e classe au 7e régiment d'infanterie ; Paris, médecin-major de 1re classe au 92e régiment d'infanterie ; Lafeuille, médecin aide-major de 1re classe au 63e régiment d'infanterie ; Viguier, médecin aide-major de 1re classe au 9e régiment d'infanterie ; Guillot, pharmacien de 2e classe à l'hôpital Desgenettes. — *Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains* : MM. Moine, médecin principal de 2e classe à l'hopital militaire de Nancy, médecin chef ; Morer, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes ; Mathelin, médecin-major de 1re classe au 41e régiment d'infanterie ; Mathieu, médecin aide-major de 1re classe au 79e régiment d'infanterie ; Maronneau, pharmacien-major de 2e classe a l'hôpital militaire de Vincennes. — *Hôpital thermal de Barèges* : MM. Gorsse, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne, médecin chef ; Péborde, médecin-major de 1re classe au 57e régiment d'infanterie ; Cluzant, médecin-major de 1re classe à l'hopital militaire de Toulouse ; Labaste médecin aide-major de 1re classe au 34e régiment d'infanterie ; Le Bourgeois, pharmacien-major de 2e classe à l'hopital militaire de Bordeaux.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — *Siège social : Paris, 22, place Saint-Georges.* — Les diverses réunions concernant la Caisse des pensions auront lieu, pour l'année 1899, au siège social, les jours et heures suivants : 1° Réunion du comité directeur le samedi 8 avril, à 5 heures très précises ; 2° réunion du conseil des censeurs le samedi 8 avril, à 6 heures très précises ; 3° assemblée générale des participants le dimanche 9 avril, à 9 h. 1/2 du matin. — *Ordre du jour :* Rapport de M. le trésorier et de M. le secrétaire général. Vote sur les pensions à accorder. Communications diverses. Etude des nouveaux rapports entre la caisse et l'Association générale des médecins de France.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblee générale de cette Association aura lieu dimanche 9 avril, à 2 heures du soir, dans le grand Amphithéâtre de l'Assistance publique (avenue Victoria).

ÉTUDIANT EN MÉDECINE, quatrième année, externe des Hôpitaux, désirerait emploi dans clinique particulière ou établissement d'Assistance privée. Ecrire A. Roblot, 11, rue d'Ulm.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'appareil digestif* : MM. Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux et Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux : samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi à 10 heures du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr P. BUDIN : leçons de Clinique obstétricale (semestre d'été), les mardis et samedis à 10 heures. — Visite des malades tous les jours à 9 heures. — Un cours complet d'accouchement sera fait en trois mois, avec manœuvres opératoires, par MM. les Drs DÉMELIN, accoucheur des hôpitaux, et BRINDEAU. — Exercices de diagnostic : MM. les Drs CHAVANE, chef de Clinique, et MACÉ. — Exercices de laboratoire : MM. les Drs MICHEL et BRINDEAU. — M. le Dr GALIPPE, chef de laboratoire.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE commencera le dimanche 16 avril, à 10 heures du matin et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques. A 10 heures : conférence de radiologie (les rayons de Rœntgen, moyens de production, modes d'emploi, applications du diagnostic médical) ; à 10 h. 1/2 : présentation et examen radioscopique des malades.

HÔPITAL BEAUJON. — M. le Dr BAZY. Maladies des voies urinaires, lundis, jeudis, samedis.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr MAYGRIER, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Conférence de radiographie et de radioscopie.* — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de la Charité, reprendra ses conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche 9 avril à 10 h. 1/2 du matin. — Objet du cours : Instruments et appareils producteurs des rayons X. Technique de la radioscopie et de la radiographie. Applications à la chirurgie et à la médecine. — Le cours sera complet en dix conférences.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 15. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 AVRIL 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — ÉLECTROTHÉRAPIE : Quatrième conférence d'électrothérapie de la Charité, par le Dr L.-R. Regnier. — BULLETIN : L'Association générale de prévoyanee et de secours mutuels des médecins de France, par J. Noir ; — Rapport général sur le service des aliénés en France, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Marseille* : Psychoses polynévritiques, par Ballet ; — Aliénés méconnus et condamnés, par Taty (rapporteur) et Granjux — *Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements* : Les eaux de Capvern, par Malphette ; — Action de certaines substances sur la diurèse, par Bardier et Frenkel ; — Importance thérapeutique des métaux contenus dans les eaux minérales, par Garrigou ; — De l'augmentation de la consommation du riz en France, par Maurel ; — Les accidents provoqués par l'opothérapie. — *VIIe Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques* : L'œuvre de l'hopital de tempérance de Londres, par Ridge ; — Le rôle du médecin dans la lutte contre l'alcool, par A. Bienfait ; — L'alcoolisme dans les milieux ruraux, par Baratier ; — Role de l'alcoolisme dans l'industrie de la région normande, par Brunon ; — Thérapeutique sans alcool, par Drysdale ; — La lutte contre l'alcoolisme dans les Bureaux de bienfaisance de Paris, par J. Noir. — *Académie de Médecine*, par A.-F. Plicque. — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay. — CORRESPONDANCE : Le service de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Toulouse, par Chabbert. — BIBLIOGRAPHIE : Revue internationale de pédagogie comparative ; — Contribution à l'étude du paludisme chez les enfants, par Cronquist. — VARIA : Société française d'Ophtalmologie ; — Le régime de l'agrégation des Facultés de Médecine. — Enseignement médical libre. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Quatrième Conférence d'électrothérapie de la Charité ;

Par le Dr **L.-R. REGNIER**, chef du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de la Charité.

EFFETS CHIMIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ.

L'énergie électrique en passant à travers les corps composés, y provoque des modifications chimiques qui varient suivant son mode de pénétration et suivant la modalité électrique employée. Si, par exemple, on enferme dans un vase en ferblanc, bouché par un bouchon de liège, un mélange composé de deux volumes d'hydrogène et d'un volume d'oxygène, et qu'à travers ce mélange on fasse passer l'étincelle d'une machine statique, les gaz se combinent brusquement en eau Mais cette combinaison étant accompagnée d'un grand dégagement de chaleur, l'eau reste à l'état de vapeur et chasse brusquement le bouchon en produisant un bruit analogue à un coup de feu, d'où le nom de *Pistolet de Volta* donné à cet appareil de physique amusante.

Dans un ordre plus sérieux, on utilise aussi l'étincelle électrique dans l'*eudiomètre* qui sert à faire l'analyse de certains mélanges gazeux.

Mais ce ne sont pas seulement les variations brusques du potentiel qui sont capables de provoquer des actions chimiques. L'effluve qui sans bruit et sans chaleur apparente traverse les milieux gazeux y produit aussi des modifications considérables ; telle est, par exemple, la transformation de l'oxygène en ozone qui se fait soit au voisinage des plateaux en mouvement des machines statiques, soit dans les tubes de Houzeau qui sont la base des appareils appelés *ozoneurs*. Ceux-ci ont été construits d'après un principe découvert par Du Moncel en 1853. Il avait remarqué que si on met en présence à 2 ou 3 millimètres de distance deux lames de verre recouvertes chacune extérieurement d'une mince feuille de papier d'étain et qu'on fasse communiquer ce papier avec les pôles d'une assez forte bobine de Ruhmkorff, on voit jaillir entre les lames de verre un flux lumineux bleuâtre qui constitue l'effluve, et on perçoit en même temps une odeur spéciale dénommée plus tard par Schœnbein l'*odeur de la matière électrique* qui n'est autre que celle de l'ozone. MM. Thénar père et fils montrèrent que cette effluve produit dans les corps organiques des actions oxydantes très énergiques qui sont la base de son emploi en thérapeutique. En 1886, Boudet (de Paris) obtint, en faisant agir l'effluve sur des plaques sensibles enveloppées de papier noir, et sur la face sensible desquelles il avait interposé des médailles métalliques, de très curieux résultats photographiques.

Cependant l'action chimique de l'effluve produite par les machines statiques ou les bobines de Ruhmkorff est faible si on la compare à celle du courant voltaïque, qui est considérable à cause de la grande quantité d'électricité que fournissent les piles. De plus, l'effluve provoque, nous l'avons vu, la combinaison des mélanges gazeux ; le courant voltaïque, au contraire, opère la réduction des corps chimiques composés qu'il traverse en substances plus simples, si ceux-ci sont conducteurs de l'électricité et à l'état liquide. C'est Nicholson qui, en 1800, décomposa ainsi l'eau en ses éléments. Il donna à cette opération le nom d'*électrolyse* et aux corps décomposés le nom d'*électrolytes*. Tous, vous connaissez l'expérience qui consiste à faire passer un courant de pile dans un verre rempli d'eau au fond duquel sont deux petits fils de platine où aboutissent les pôles + et — d'une pile. Chacun des fils est recouvert d'une éprouvette. Quand le courant passe, on voit des bulles de gaz se former sur chacun des fils de platine et les éprouvettes se remplissent inégalement, celle qui est au pole négatif contenant deux fois plus de gaz que celle du pôle positif. C'est qu'en effet au premier c'est l'hydrogène qui se dégage et au second l'oxygène ; la décomposition produite par le passage du courant donne donc exactement la composition de l'eau H^2O.

C'est là une action simple et qui se retrouve dans l'électrolyse des oxydes métalliques ; ainsi Davy, en 1807, en faisant traverser de la potasse par un courant, put obtenir la séparation de l'oxygène qui se portait au pole positif de son appareil d'avec le potassium qui se déposait au pole négatif. Depuis on a utilisé ce procédé pour isoler le sodium, le chlore, l'aluminium. Si on électrolyse des oxacides, l'oxygène va au pole +, le radical au pole — ; avec les hydracides au contraire, le radical au

au pôle + et l'hydrogène au pôle —. Dans les composés ternaires l'acide du sel, l'oxygène de l'oxyde se rendent au positif. S'il entre dans la composition de ces corps des métaux alcalins ou terreux la réaction devient plus complexe, l'acide se porte vers le pôle + tandis que l'oxyde du sel aboutit au pôle —. Il y a en même temps libération d'hydrogène à ce pôle et d'oxygène au pôle + et il se fait à ce niveau une nouvelle combinaison des métaux de cette classe avec l'oxygène dont ils sont très avides. Quand par exemple, au lieu de l'eau pure qui est difficilement électrolysable à cause de sa grande résistance, on ajoute à la solution un peu d'acide sulfurique, la réaction terminale est la même et cependant c'est en somme une solution de sulfate d'hydrogène SO^4H^2 qu'on électrolyse. Mais à mesure que le soufre se dégage il reprend aux molécules voisines de l'oxygène pour réformer l'SO^4H^2. Il y a là une action secondaire qui s'arrête dès que l'eau ne contient plus assez d'O pour permettre à la recombinaison d'S de se faire, alors l'action électrolytique s'arrête et le courant ne passe plus; il y a *polarisation*. Si au lieu d'eau acidulée on prend une solution de sulfate de cuivre, il se forme encore de l'SO^4H^2, l'hydrogène s'élimine au pôle — en même temps que le cuivre s'isole et se dépose au pôle +. Il y a donc là deux actions secondaires. De même si on électrolyse une solution de chlorure de sodium le chlore se porte vers le pôle positif, le sodium absorbe une partie de l'oxygène de l'eau pour former de la soude qui se porte vers le pôle négatif en même temps qu'il s'y dégage de l'hydrogène: c'est donc là que s'opèrent les deux actions secondaires. De même dans l'électrolyse des *oxacides* l'oxygène se porte au pôle positif et le radical au négatif tandis que dans celle des *hydracides* le radical va au positif et l'hydrogène au négatif.

Dans les cas que nous avons cités ici les électrodes sont inattaquables par le liquide. Si maintenant nous les remplaçons par des électrodes attaquables de fer ou de cuivre, nous aurons encore une action différente. Si nous plaçons, par exemple, une électrode de cuivre ou de fer au pôle positif de la pile et que nous prenions comme liquide électrolysable une solution de chlorure de sodium, le chlore dégagé va former avec le fer ou le cuivre du pôle positif un chlorure tandis qu'il se formera encore de la soude au pôle négatif. On utilise cette propriété en thérapeutique. En effet les tissus sont tous formés de substance organique contenant une certaine quantité d'eau et de sels minéraux en dissolution : chlorure de sodium, sulfate de soude, carbonate de soude, phosphates de chaux, de soude, de magnésie, etc. Mais le sel le plus abondant est certainement le chlorure de sodium.

Pour le sérum sanguin notamment, Hoppe Seyler a trouvé que la proportion de chlorure de sodium y était de 5 grammes pour 1.000 de liquide, tandis que le sulfate de soude n'y figure que pour 0 gr. 44. Or Faraday a démontré que lorsqu'on électrolyse un liquide contenant des sels en dissolution à des titres différents, le poids des éléments séparés est dans le même rapport que leurs équivalents chimiques ; mais il est aussi proportionnel au titre de la solution. Si donc on agit électrolytiquement sur le sang, on peut considérer que le résultat obtenu sera le même que celui que donnerait une solution de chlorure de sodium à 5 0/00. On utilise cette variété d'électrolyse quand on veut déterminer dans l'intérieur même d'un tissu la formation d'un chlorure antiseptique de cuivre ou de fer. La proportion obtenue sera d'autant plus forte que le courant sera plus énergique et qu'il agira plus longtemps parce que le poids du corps décomposé dans un temps donné est proportionnel à la quantité d'électricité qui a agi. Cette quantité d'électricité étant déterminée par le rapport de l'intensité au temps, plus le courant comptera de milliampères pour 10 minutes d'action, par exemple, plus il y aura de chlorure de fer ou de cuivre produit. C'est donc en réglant l'intensité du courant et le temps de l'application qu'on dose la quantité d'agent actif qu'on introduit ainsi dans l'organisme. C'est ce qu'on appelle l'*électrolyse médicamenteuse interstitielle*. Il y a là une action différente de celle appelée par Morton : *Diffusion médicamenteuse électrique*, dans laquelle le transport du médicament se fait par cataphorèse, c'est-à-dire par la mise en jeu de l'énergie mécanique de l'électricité, l'électrolyse médicamenteuse interstitielle étant au contraire basée sur les propriétés chimiques du courant.

De nombreuses théories ont été imaginées pour expliquer l'action électrolytique des courants. La meilleure, à notre avis, parce qu'elle rentre dans l'ordre même des phénomènes électriques observés, est celle de Grothus. Il admet que dans l'eau la molécule d'hydrogène est électro positive, celle d'oxygène électro-négative ; sous l'influence du passage du courant, les molécules s'orientent, l'oxygène électro-négatif est attiré vers l'électrode positive, tandis que l'hydrogène est repoussé ; il en est de même au niveau de l'électrode négative, mais en sens inverse, et il en résulte au sein du liquide une série de décompositions et de recompositions aboutissant au dégagement de l'oxygène au pôle positif et de l'hydrogène au négatif. Cette théorie est encore appuyée par ce fait signalé depuis par Planté, qu'il se produit au sein du liquide électrolysé des vibrations isochrones extrêmement rapides (1.500 à 5.000 par seconde), qu'on ne peut attribuer qu'au mouvement moléculaire provoqué par l'action chimique de l'énergie électrique.

L'électrolyse a reçu dans l'industrie de nombreuses applications sous le nom de galvanoplastie ; on s'en sert aussi pour l'affinage ou l'isolement de certains métaux ; mais ce qui nous intéresse ici ce sont les usages qu'on en fait en thérapeutique.

APPLICATIONS MÉDICALES. — Quand on applique une électrode métallique sur la peau ou dans un tissu organique, les sels contenus dans ce tissu sont décomposés, les acides sont mis en liberté au pôle +, les bases au pôle —. Ils agissent alors sur les tissus comme si on les y avait versés. Si leur dégagement est faible on voit se produire une simple rougeur de la peau, mais s'il est énergique le tissu est vivement attaqué et peut être détruit, il se forme une escarre dure si c'est le pole positif qui est en contact avec lui (escarre des acides), molle si c'est le pôle négatif (escarre des bases). L'étendue de la lésion est en rapport direct avec la quantité d'électricité qui traverse le tissu et la densité du courant. C'est pour annuler autant que possible cette action électrolytique et empêcher la production des escarres, que dans les applications des courants continus aux affections des muscles et des nerfs, on emploie des électrodes d'une surface d'autant plus grande, que l'intensité du courant doit être plus forte, car les escarres constituent dans ce cas un inconvénient. Si au contraire on veut produire cette escarre, on emploiera une électrode de petit diamètre, une aiguille en platine par exemple. M. Weiss, agrégé de

la Faculté de Médecine, a étudié les lésions anatomiques déterminées par ce moyen dans les muscles du lapin. On trouve dans le muscle ainsi traité une lacune représentant le trajet de l'aiguille; autour on voit les gaines des fibres musculaires gonflées et fixées, puis autour de cette première couche assez mince, une zone riche en noyaux qui remplace les fibres musculaires et plus loin le tissu normal. Ces altérations sont toujours les mêmes pour une même quantité d'électricité et ne dépassent pas beaucoup le voisinage des électrodes; si le courant employé a été faible, c'est l'*électrolyse polaire*. Mais si le courant est fort ou sa durée d'application prolongée, les effets de l'électrolyse s'étendent en profondeur dans les tissus qui séparent les électrodes et on les voit se remplir aussi de fines granulations; les fibres musculaires se détruisent et sont remplacées par un tissu cellulaire riche en noyaux. On a alors l'*électrolyse interpolaire*.

Si le courant employé est fort, il survient à la suite de ces modifications anatomiques des tissus une atrophie des muscles considérable et rapide. Comme dans l'électrolyse des solutions salines on peut voir la polarisation se produire aussi dans les tissus tant dans l'électrolyse polaire que dans l'électrolyse interpolaire. La polarisation varie avec la longueur des tissus traversés et inversement à leur section. Elle augmente considérablement avec l'intensité du courant. Ces notions de physique physiologiques nous sont très utiles à connaître pour les application médicales. En effet, lorsqu'on veut produire une action rapide dans une région très localisée, par exemple, dans une tumeur érectile, on prendra une ou deux électrodes de petit diamètre et on fera agir un courant intense pendant un temps relativement court. Si au contraire il faut faire pénétrer loin des électrodes l'action du courant comme c'est le cas pour le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, nous prendrons des électrodes de plus grand diamètre et nous ferons agir un courant énergique aussi, mais pendant plus longtemps.

Les changements fréquents de sens du courant (alternatives voltianes, courants alternatifs), empêchent l'action électrolytique de se produire. Cela explique pourquoi, chez les ouvriers des usines électriques qui sont frappés accidentellement par les courants, on voit des effets très différents suivant qu'ils ont été en contact avec un courant continu ou un alternatif. Dans le premier cas ils portent le plus souvent des brûlures profondes et les muscles des membres par lesquels l'électricité a passé sont atteints d'atrophie musculaire rapide et profonde; dans le second c'est le système nerveux surtout qui est frappé, les brûlures, s'il y en a, sont peu graves et le danger qui les menace est surtout la syncope par arrêt du cœur qui se produit au moment de l'accident.

L'ASSAINISSEMENT DES VILLES. — La ville de Genève vient d'adopter, par 21 voix contre 5, le projet dressé par M. Tasson d'une usine d'incinération de 12 cellules Horsfall pour la destruction des ordures ménagères. Cette décision a été prise sur le rapport dressé par M. Wagnon, maire de la ville, qui était venu à Monaco il y a un an, lors de l'inauguration de l'usine de Fontvieille, pour étudier le système Horsfall. Le rapport de M. Wagnon, après avoir indiqué tous les systèmes actuellement employés sur le continent, en Angleterre et aux Etats-Unis, et en avoir fait une étude approfondie, conclut à l'adoption du système Horsfall comme étant le seul donnant de bons résultats pour l'hygiène des villes et la santé publique. (*Le Petit Var*, 31 mars.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France.

Les 9 et 10 avril, l'Association des Médecins de France a tenu sa quarantième Assemble générale. Cette réunion avait une importance toute particulière à cause de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels qui oblige l'Association de se transformer et à modifier radicalement ses statuts. C'est cette situation qu'ont exposée le président, M. Lannelongue et surtout le secrétaire général, M. Lereboullet, dans un rapport très clair indiquant en termes très précis les alternatives laissées à l'Association. Ou l'Association restera indépendante et dans ce cas elle sera tenue de liquider sa situation financière, ou elle se pliera aux exigences de la loi et restera société de secours mutuels. La liquidation de l'Association sera des plus onéreuses, il lui sera fort difficile, sans faire de très lourds sacrifices, de récupérer une partie des deux millions qu'elle a immobilisés à la Caisse des retraites et à celle des dépôts et consignations. Si l'Association reste société de secours mutuels, elle peut entrer dans trois cadres différents, être société libre, société approuvée ou société reconnue d'utilité publique. La société libre n'a de libre que le nom, elle est étroitement soumise au contrôle des préfets, ce qui peut être fort gênant pour les sociétés locales. La société approuvée peut bénéficier pour l'argent qu'elle dépose dans les caisses de l'Etat de l'intérêt de 4 1/2 pour 100 et recevoir de fortes subventions, mais elle doit limiter ses pensions à 360 francs par an, indemnité ridicule qu'on ne saurait offrir à un confrère malheureux. Enfin la société reconnue d'utilité publique est plus libre de ses actions et conviendrait mieux à l'esprit de l'Association.

M. Lereboullet qui a étudié la situation avec des avocats, des administrateurs et même des législateurs éminents, a trouvé avec eux la situation critique et a laissé à l'Assemblée générale le soin de conclure. MM. Verhoeien, Good, Jeanne, Maurat, Cerné, etc., en examinant l'état actuel de l'Association, ont fait plus le procès de son antique organisation que travaillé à rechercher le meilleur parti à prendre. Les critiques ont été parfois acerbes et souvent un peu injustifiées, car ceux qui les formulaient oubliaient un peu trop que l'Association existe depuis quarante ans et que bien des choses se sont modifiées en France depuis, surtout l'intérêt de l'argent. MM. Lande et Gairal ont remis la question au point, mais aucune décision n'a pu être prise à l'Assemblée de dimanche.

Le soir au banquet, MM. Lannelongue, Cornil et Barberet ont ouvert de nouveau la discussion en des allocutions qui ont peu contribué, croyons-nous, à éclaircir la situation et qui n'ont guère tiré d'embarras les délégués indécis. Les uns parlaient d'attendre une modification de la loi sur les Sociétés de secours mutuels, d'autres demandaient à tourner la loi, faisant remarquer que jusqu'alors l'Association, Société de secours mutuels de nom, Société de bienfaisance de fait, était toujours restée dans la marge des obligations légales. Ce n'étaient pas des solutions mais des expédients dange-

reux auxquels l'Assemblée générale, avec raison, n'a pas voulu s'arrêter. Aussi dans la séance du 10 avril, il a été décidé que l'Association resterait Société de secours mutuels mais que de nouvelles études seraient faites pour rechercher le mode de Société le plus apte à favoriser le développement des œuvres de prévoyance dépendant de cette grande Société. Une Assemblée générale extraordinaire devra le 25 juin prendre une décision définitive.

Nous devons féliciter l'Assemblée générale de ne pas s'être engagée inconsidérément. L'Association a un but, plus de bienfaisance que de prévoyance, nous le voulons bien, mais qu'elle doit chercher à étendre. Jusqu'alors elle a manqué un peu d'audace et a suivi trop fidèlement la route tracée; et, malgré les difficultés de l'heure présente, il faut peut-être bénir la nouvelle loi qui, obligeant l'Association à sortir de ses cadres trop anciens, donnera peut-être un essor inattendu aux œuvres de défense, de prévoyance et de secours mutuels nombreuses et utiles qui peuvent naitre des ressources considérables de pareille société. Mais, pour que cette crise soit bienfaisante, il est indispensable que chaque sociétaire considère les choses de haut et qu'on ne se laisse pas entraîner par de mesquines questions d'intérêts privés, par des préférences personnelles qui font le plus grand tort au corps médical et empêchent l'affirmation efficace de sa solidarité. J. N.

Rapport général sur le Service des aliénés en France.

En relisant, il y a quelques jours, à l'occasion du *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Marseille, les renseignements donnés par Esquirol sur les asiles ou les quartiers de Marseille et d'Aix, affectés aux aliénés, nous avons retrouvé le passage suivant qu'il nous paraît utile de remettre sous les yeux de nos lecteurs. Il nous servira aussi à rappeler à M. le Ministre de l'Interieur et à M. le Directeur de l'Assistance publique de France une idée que nous avons émise à diverses reprises. Esquirol s'exprime ainsi :

« Il sera formé, auprès du Ministère de l'Intérieur, un comité central avec lequel correspondront les directeurs et les medecins de tous les asiles placés sous la surveillance immédiate et spéciale du Ministère de l Intérieur. Tous les ans ce comité rendra un compte général administratif et médical qui sera envoyé aux administrateurs, aux médecins des asiles. (Esquirol. *Des maladies mentales*, tome II, page 430.) »

Voilà ce que proposait Esquirol au Ministre de l'Intérieur en 181[illegible]. Cette proposition, notamment en ce qui concerne la publication d'un rapport général annuel, n'a jamais été réalisée. Nous ne connaissons qu'un seul grand rapport, celui qui a été publié en 1876, pour l'année 1874, par les inspecteurs généraux de cette époque. Rien n'a été fait depuis et cependant il s'agit là d'une œuvre d'une incontestable utilité. A chaque instant, il nous a été demandé si ces rapports existaient et comment on pouvait se les procurer. Nous avons le regret chaque fois de répondre que le Ministère de l'Intérieur de notre pays se désintéresse d'une telle publication. On en est d'autant plus surpris que ces rapports existent dans beaucoup de pays, en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, etc. Seul le département de la Seine publie tous les ans un très beau rapport sur son service des aliénés. Il nous paraît du devoir de l'administration supérieure, nous le rappelons, de préparer un Rapport général pour l'Exposition universelle de 1900. Nous ne doutons pas que les inspecteurs généraux ne soient prêts, s'ils y sont invités, à accomplir cette tâche. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

DIXIÈME SESSION. — MARSEILLE. — 6 AVRIL 1899.

M. SICARD, à l'occasion de la lecture du procès verbal et au sujet de la discussion qui a suivi le rapport de M. Anglade, demande à dire quelques mots sur certaines de ces *formes délirantes mono-idéiques*, que M. Régis classe dans les délires systématisés secondaires, consécutivement à la confusion mentale primitive aiguë, et qui sont susceptibles d'un traitement efficace, par l'hypnose ou une psychothérapie appropriée. Il croit qu'il ne s'agit dans ces faits que de la persistance d'une idée fixe subconsciente, de nature hystérique, telles que les travaux de MM. Raymond et Janet nous l'ont fait connaître, idée fixe subconsciente qui peut persister pendant un temps, du moins à la suite d'une confusion mentale primitive, elle-même de nature hystérique, et prenant naissance à l'occasion d'un état fébrile, d'une infection, d'une intoxication qui développent l'hystérie chez certains sujets prédisposés.

Psychoses polynévritiques.

M. DUTIL (de Nice) ayant été empêché de faire son rapport sur les psychoses polynévritiques, M. le Pr Ballet fait un remarquable exposé de l'état actuel de la question :

M. BALLET. — Lorsqu'en 1889 Korsakoff décrivit les troubles mentaux accompagnant les polynévrites, un sentiment de surprise accueillit cette opinion; l'association de troubles cérébraux et d'une lésion polynévritique parut singulière, mais bientôt la réalité de cette conception fut mise en évidence par de nombreuses observations. On s'aperçut même que Charcot avait entrevu cette psychose, car dans ses leçons il faisait observer l'existence de troubles amnésiques dans les polynévrites alcooliques. Cette amnésie n'était qu'une des formes de cette psychose dont aujourd'hui on admet la multiplicité. Tout d'abord que faut-il entendre par psychose polynévritique? On doit comprendre sous ce nom des troubles mentaux à physionomie clinique variée qui s'associent d'habitude aux lésions et symptômes de la polynévrite et qui reconnaissent toujours la même cause que la polynévrite elle-même. En effet les lésions nevritiques et lésions cérébrales produisant les troubles mentaux ne sont que deux manifestations juxtaposées souvent mais parfois isolées de la même origine. Cette origine est d'ordinaire un agent toxi-infectieux qui peut produire isolément soit les troubles polynévritiques, soit les troubles cérébraux. Les formes cliniques de la psychose polynévritique peuvent se ramener à trois groupes : 1° Délires systématisés, idées fixes consécutives à des rêves rappelant la physionomie du délire onirique. Ils consistent en subdélire le soir, analogue au délire exotoxique (alcoolisme), en rêvasserie la nuit pouvant persister le jour, rêveries objectivant l'intoxication de la cellule cérébrale. C'est dans cette forme que l'on observe les délires systématisés dont nous a parlé M. Régis. Ils ne méritent peut-être pas le nom de *systématisés*, mais ce ne sont pas non plus les idées subconscientes dont nous a entretenus M. Sicard. Il reste dans la conscience une idée fixe dont le point de départ se retrouve dans un rêve. Exemple : un homme, après une fièvre typhoïde avec délire pendant la convalescence, a conservé de son rêve délirant la seule idée qu'il est décoré et qu'il a rapporté des richesses du Tonkin. Il raconte comme un roman vécu ce roman rêvé, et cependant il ne présente aucun symptôme d'hystérie. 2° La deuxième forme clinique est la confusion mentale dans sa forme classique avec association vicieuse des idées, insuffisance de la perception, apparence de dépression mélancolique, excitation maniaque, allure stupide, etc., qui peut durer de quelques jours à quelques années et même se terminer par la démence. 3° La troisième forme est la forme amnésique : altération mentale, accompagnée ou non

de délire, amnésie singulière, différente des autres amnésies (paralytiques généraux, vésaniques, séniles), amnésies pures avec conservation de la logique, et associations normales des idées c'est-à-dire des souvenirs existants ; pas de défectuosité dans le raisonnement si on ne fait appel qu'aux évènements du moment.

Ces trois formes cliniques se confondent souvent et forment des variétés intermédiaires très nombreuses.

Quelle est maintenant la pathogénie de pareils troubles ? Il est évident que ces troubles sont d'origine toxique (toxi-infectieux, endo-toxiques, exotoxiques). Ils accompagnent les polynévrites consécutives aux fièvres typhoïdes, à l'alcoolisme, etc. Ils sont la conséquence de l'empoisonnement de la cellule. Mais il semble que ces troubles ne devraient durer qu'autant que les toxines agissent sur la cellule et qu'une fois ces dernières éliminées, ils aient dû disparaître. L'observation journalière prouve le contraire et *a priori*, on pouvait induire que ces toxines avaient causé une altération matérielle non réparable du jour au lendemain, si tant qu'elle soit réparable complètement. Ces lésions existent-elles? On les a recherchées et jusqu'en 1896 on avait décrit l'œdème de la pie-mère, les congestion des méninges, des altérations pigmentaires des cellules, mais on n'avait pas trouvé la véritable lésion cérébrale. M. Ballet a eu la bonne fortune de trouver trois cas de polynévrites présentant des délires oniriques et dont il a pu examiner histologiquement les lésions. L'examen des nerfs décela les lésions banales de la polynévrite : dégénérescence wallérienne, segmentation du cylindraxe, etc...; l'examen de la moelle et du cerveau (lobule paracentral) montra les mêmes altérations cellulaires. Ces lésions cellulaires présentent trois grands caractères : déformation des cellules, déplacement du noyau vers la périphérie, déplacement qui peut aller jusqu'à la projection hors de la cellule et chromatolyse. Ces lésions limitées aux grandes cellules pyramidales sont les mêmes que celles produites dans la moelle par la section d'un nerf périphérique (Nissl, Marinesco, Dutil et Ballet).

M. Ballet fait voir ces lésions par de nombreuses et très belles projections. Une seconde question se pose, plus délicate, c'est de savoir si la substance toxi-infectieuse a déterminé les lésions en agissant directement sur la cellule par la réaction à distance sur le cylindraxe. Les expériences de Marinesco, de Ballet et de Faure ont montré que la cellule cérébrale se comporte comme la cellule médullaire vis-à-vis des nerfs. Les cellules cérébrales s'atrophient sans qu'on puisse dire cependant si le processus est le même et on ne peut actuellement se prononcer avec certitude sur le fait de savoir si la lésion cérébrale est primitive ou secondaire. Cette seconde hypothèse est la plus vraisemblable : si la toxine a une affinité spéciale pour le cylindraxe, elle l'aura également pour la fibre blanche. On peut donc dire qu'il existe des lésions cérébrales dans les psychoses polynévritiques. Existent-elles toujours ? Non. M. Ballet, dans certains cas, n'a pas trouvé de lésions cellulaires. Dans un cas dont il donne l'observation, la mort du sujet avait été accidentelle et rapide; peut-être la cellule qui pourtant avait souffert, n'avait-elle pas eu le temps d'être altérée profondément.

En résumé, ces lésions ont une grande importance au point de vue de la conception des maladies mentales. Peut-être arrivera-t-on par la connaissance plus profonde des lésions histologiques des cellules cérébrales à diviser ces maladies en deux grandes catégories : 1° les psychoses accidentelles, comprenant tous les intoxications cérébrales y compris même la paralysie générale; 2° les psychoses constitutionnelles dues à un défaut non encore connu de développement ou d'organisation de la cellule. Peut-être cette conception ferait-elle descendre la médecine mentale où l'a placée la métaphysique, mais elle n'a rien à y perdre.

M. Vallon rappelle, à propos des idées fixes observées au cours de la psychose polynévritique, que des symptômes du même genre se rencontrent dans l'alcoolisme subaigu. Alors que tout le délire a disparu, seule une idée délirante persiste. Ces faits ne sont pas rares et il en a observé lui-même un cas typique. Baillarger avait déjà signalé ces faits et les comparaît aux ilots qui subsistent après la désagrégation d'une couche de glace.

M. Régis a été heureux d'entendre M. Ballet adopter sans restriction les caractères cliniques du délire onirique, caractères qui se reproduisent dans les délires hystériques et post-hypnotiques. Il s'agit bien là de délire post-infectieux et non de délire hystérique. C'est la meilleure réponse à faire à M. Sicard. L'hystérie n'a pas le monopole de ces idées fixes plus ou moins systématisées : l'hystérie ne doit pas envahir toute la pathogénie des délires infectieux et toxiques Il serait peut-être plus logique de renverser les termes et de comprendre les états hystériques parmi les états infectieux ou toxiques.

M. Régis accepte complètement la distinction que fait M. Ballet entre les délires toxiques et les délires vésaniques, accidentels et constitutionnels. Il ne pense pas qu'il y ait une différence fondamentale entre les trois variétés de délires qu'il indique dans la psychose polynévritique, ces trois délires ne sont que les variétés d'une même espèce clinique : la confusion mentale avec son symptôme fondamental : l'amnésie.

Il trouve également que la psychose polynévritique est très mal nommée, car il existe des psychoses polynévritiques en l'absence de toute polynévrite. Il a cité un de ces faits d'apparence paradoxale au Congrès de Clermont : la psychose polynévritique s'était manifestée plusieurs mois avant les symptômes de polynévrite. Polynévrite et délire sont deux symptômes non fatalement associés d'une même infection.

Il en est de même des psychoses post-éclamptiques : ce sont des psychoses qui peuvent survenir en dehors de toutes manifestations éclamptiques. Les psychoses post-éclamptiques ou polynévritiques n'ont aucun caractère clinique spécial, ce sont des psychoses infectieuses, elles ont les mêmes symptômes que les délires de la fièvre typhoïde, etc.

A Moscou, M. Joly (de Berlin) a proposé d'appeler la psychose polynévritique, maladie de Korsakoff. Cette dénomination n'est peut-être pas très juste, puisque nous venons de montrer que cette psychose n'est pas une entité morbide, mais bien un syndrome lié à un état infectieux.

Le Dr Anglade demande à poser quelques questions à M. Ballet à propos des lésions cellulaires qu'il a décrites :

Quel est le degré de spécificité que M. Ballet attribue aux divers ordres de lésions qu'il nous a décrites comme formant un substratum anatomique aux psychoses polynévritiques? La chromatolyse semble indiquer seulement la disparition d'un aliment de réserve de la cellule. La déformation de celle-ci est plus importante sans doute et résulte de la destruction de la trame achromatique, expansion du cylindraxe. Cette lésion est importante sans doute, mais elle s'observe dans un grand nombre d'affections mentales, notamment dans la paralysie générale, dans l'épilepsie, l'éclampsie. M. Ballet pense-t-il que ces lésions suffisent à expliquer les psychoses polynévritiques?

M. Ballet répondant à M. Anglade, admet avec lui que les granulations chromatophiles ne sont que des éléments de réserve. C'est la trame fondamentale de la cellule qui a la plus grande importance, mais on n'est pas encore en possession d'un moyen permettant de reconnaître des lésions de cette trame. La chromatolyse constatée, indique seulement que la cellule a souffert; il est impossible de définir le rôle des diverses intoxications dans les lésions qu'il a constatées dans les cellules. Des causes multiples peuvent les produire.

M. Larroussinie, médecin-directeur de la Maison de santé de Caudéran (Gironde), fait une communication sur un cas de polynévrite à la suite d'influenza. Il s'agit d'une malade qui, après une attaque d'influenza, a ressenti d'abord des fourmillements, des douleurs, de la faiblesse dans les membres. Peu à peu la marche devient difficile; les mouvements des membres supérieurs sont pénibles. Les accidents s'aggravent encore au membre inférieur, les fléchisseurs et les extenseurs des orteils se paralysent ; la démarche de la malade est celle du stepper. Puis, les muscles de la partie antérieure de la cuisse se prennent à leur tour. Enfin, ceux de la partie antérieure du membre sont atteints. Les mouvements deviennent

[illegible] à rester alitée. [illegible] tombe sur la poitrine; pour la maintenir dans la position normale, on est obligé de [illegible] serviette qui va se fixer à un [illegible] derrière le lit de la malade. Paralysie [illegible]; signe d'Argyll Robertson. [illegible] de la vessie. [illegible] atrophie musculaire, type Aran-Duchenne, [illegible] douloureuses très violentes [illegible] sur le trajet des nerfs, et siégeant surtout [illegible]. Troubles de la sensibilité. (Pas d'appréciation [illegible] d'une pression ou d'une traction exercée sur les [illegible] objets mal ressentie.) [illegible] Enfin, troubles psychiques, [illegible] de la confusion mentale. Huit [illegible] la malade est prise de syncope [illegible] ou du moins leurs [illegible] M. Larroussinie, après [illegible] de névrites alcooliques [illegible] de poliomyélite antérieure [illegible] de syringomyélie et de tabes [illegible] à celui de polynévrite [illegible] M. Larroussinie ne [illegible] à la polynévrite les troubles psychiques [illegible]. Ces troubles sont dus à la [illegible] qui a causé la polynévrite: à l'influenza [illegible] Ballet, il [illegible] psychose polynévritique [illegible] pour lui, cette psychose est de nature [illegible] qui a produit la polynévrite.

Aliénés [illegible] et condamnés.

[illegible] — Les aliénés méconnus et condamnés [illegible] en deux groupes: les uns ont été [illegible] pas [illegible] n'ayant pas soupçonné [illegible] examen médico-légal, qui [illegible] Dans ce dernier [illegible]

[illegible]

tenx, [illegible] de voir punis des aliénés criminels [illegible] dans les cas où la maladie mentale est la cause [illegible] incriminé.

Ces moyens sont préventifs ou réparateurs.

Les *moyens préventifs* consistent dans le développement de l'enseignement des maladies mentales permettant aux médecins de remplir auprès des tribunaux de première instance [illegible] d'experts suffisamment aptes à diagnostiquer les cas d'aliénation faciles et à éveiller l'attention des magistrats dans les cas difficiles. Il serait en outre nécessaire d'étendre cet enseignement aux étudiants des Facultés de droit, futurs avocats ou magistrats instructeurs, de façon à les mettre en état de mieux reconnaître les cas dans lesquels un doute peut planer sur l'intégrité des facultés intellectuelles des prévenus. A cela ajoutons l'organisation d'un service médical, partout où il sera possible, chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis sur citation directe, une visite suffisant en général pour supprimer la [illegible] des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever, dans les autres cas, des doutes capables [illegible] une expertise plus sérieuse. Des garanties devraient être données à la société et aux individus par les mesures suivantes: les expertises contradictoires; l'intervention de la magistrature pour le placement d'office des prévenus reconnus aliénés; la nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité des accusés; la création des asiles de sûreté, sous différentes réserves, notamment [illegible] que le placement n'y sera effectué que [illegible] médical motivé et quand l'asile ordinaire sera reconnu insuffisant. Tous ces moyens ont pour but d'empêcher la condamnation d'un aliéné. Les *moyens réparateurs* consisteraient dans les mesures suivantes: 1° lorsque la condamnation s'est produite, réformation du jugement par la voie de l'appel, [illegible] des procureurs généraux qui jouissent, dans ce but, d'un délai exceptionnel de deux mois; 2° quand enfin la condamnation est devenue définitive, intervention de l'inspection psychiatrique des prisons pour placer le malade dans un asile ordinaire et non dans un asile spécial.

M. le Dr G[illegible]. — Il m'a semblé que l'on pourrait peut-être trouver des éléments [illegible] importants pour l'étude de cette question [illegible] condamnés, d'une part, dans la [illegible] ce que deviennent au point de vue de [illegible] militaires condamnés, et d'autre part, [illegible] n'ayant [illegible] la justice. Je viens avoir l'honneur de vous exposer les résultats auxquels je suis arrivé en suivant cette voie.

Comme les [illegible] Mes calculs, basés sur des données [illegible] leur valeur.

[illegible] de l'action [illegible] ainsi.

[illegible] des pénitenciers, soit dans les ateliers de travaux publics.

[illegible] dans les compagnies de discipline [illegible] volontaires.

[illegible] sont dirigés sur les [illegible] dès leur [illegible]

[illegible] est facile [illegible] de réformés du fait de l'aliénation mentale, par conséquent comment il se com-

porte vis-à-vis d'elle. On peut avoir aussi facilement les mêmes renseignements pour le reste de l'armée. Voici ces données :

1° *Prisons, pénitenciers et ateliers des travaux publics.* — Dans ce groupe on a réformé pour « aliénation mentale, paralysie générale, idiotie » : En 1893, 6 hommes sur un effectif de 4.935, soit 1,2 0/00; en 1894, 6 sur 5.204, soit 0,9 0/00; en 1895, 10 sur 5.024, soit 2 0/00; en 1896, 6 sur 4.076, soit 1,5 0/00. Ainsi donc dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics on réforme annuellement pour aliénation 1 homme 1/2 sur 1.000.

2° *Compagnies de pionniers et de fusiliers de discipline.* — Pour les motifs ci-dessus indiqués on a réformé dans ces corps d'épreuve : en 1893, personne sur un effectif de 771; en 1894, 2 sur 875, soit 2,3 0/00; en 1895, 4 sur 902, soit 4,4 0/00; en 1896, 5 sur 717, soit 6,9 0/00. Conclusion : même en comptant l'année 1893 où aucun aliéné n'a été trouvé parmi les disciplinaires, on réforme actuellement, pour aliénation, 3,4 de ces hommes sur 1.000.

3° *Bataillons d'infanterie légère d'Afrique.* — On y a réformé toujours pour les mêmes affections : En 1893, 5 chasseurs sur un effectif de 4.864, soit 1 0/00; en 1894, 3 sur 5.532, soit 0,5 0/00; en 1895, 6 sur 6.494, soit 0,9 0/00 ; en 1896, 6 sur 6.527, soit 0,9 0/00. On réforme donc aux bataillons d'Afrique pour aliénation mentale en moyenne chaque année 0,8 d'homme pour 1.000.

4° *Armée, moins les prisonniers et les corps d'épreuve.* — Si de la statistique totale de l'armée on décompte tout ce qui est afférent aux trois groupes précédents, on voit que « l'aliénation mentale, la paralysie générale, l'idiotie » ont nécessité pour le reste des troupes : en 1893, 202 réformes sur un effectif de 459.284, soit 0,4 0/00; en 1894, 217 sur 480.662 présents, soit 0,4 0/00; en 1895, 265 sur 477.345 présents, soit 0,5 0/00; en 1896, 215 sur un effectif de 497.505, soit 0,04 0/00. On réforme donc pour aliénation dans l'armée, déduction faite des prisons et des corps d'épreuve, en moyenne 0,4 pour 1.000 présents.

Si l'on rapproche les résultats précédents, on voit que l'aliénation mentale nécessite chaque année : 1,5 réforme dans les prisons; 3/4 réforme dans les compagnies de discipline ; 0,8 réforme dans les bataillons d'Afrique; 0,4 réforme dans le reste de l'armée.

Ces chiffres peuvent se traduire par les énoncés suivants : 1° Il y a, aux bataillons d'Afrique, deux fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée; 2° il y a dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée; 3° il y a aux compagnies de discipline huit fois et demie plus d'aliénés que dans le reste de l'armée.

Comment peut-on interpréter la prédominance de l'aliénation mentale dans les prisons et dans les corps d'épreuve ?

Quatre hypothèses seulement nous paraissent admissibles :

1° La première serait que les réformes auraient été prononcées à tort, et l'aliénation simulée. Il est hors de conteste que dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, bataillons d'Afrique, compagnies de discipline, la simulation est en honneur ; il y a là des méthodes habiles secrètement transmises, des procédés qui se modernisent, et avec lesquels le médecin doit compter. Mais en supposant que la bonne foi de l'expert soit surprise, ce ne peut être que de temps à autre ; et les réformes ainsi escamotées ne sauraient être bien nombreuses, étant donné surtout la difficulté avec laquelle le commandement les accorde pour cette catégorie de militaires. C'est donc un facteur dont il faut tenir compte, mais qui n'est pas suffisant, à lui seul, pour fournir l'explication cherchée;

2° En second lieu, on pourrait se demander si ce n'est pas le régime des prisons et du corps d'épreuve qui fait éclore ces nombreux cas d'aliénation chez des gens *non prédisposés*. Nous ne connaissons aucun fait certain, aucun document probant qui puisse justifier cette hypothèse, dont la réalité serait si honteuse pour notre armée; nous le disons avec d'autant plus de conviction que, chargé à deux reprises différentes du service de santé dans des prisons militaires, nous n'avons jamais rien vu qui pût justifier une pareille accusation ;

3° On peut rechercher si le régime des prisons et corps d'épreuve n'est pas de nature à faire éclore des troubles psychiques chez des *héréditaires prédisposés* qui, jusqu'alors, n'avaient donné lieu à aucune manifestation pathologique bien caractéristique. On sait, du reste, combien d'individus de cette catégorie sont embarrassants pour des aliénistes de carrière au point de vue du diagnostic ;

4° Enfin, on peut se demander si des aliénés avérés ou débutants ne seraient pas méconnus lors de leur comparution en conseil de guerre ou de discipline, et envoyés par suite dans les établissements pénitentiaires ou corps d'épreuve.

Nous croyons, pour notre part, que c'est l'apport des individus de ces deux dernières catégories qui peut expliquer la prépondérance de l'aliénation mentale dans les prisons et corps d'épreuve, et voici sur quoi nous basons cette opinion :

En réalité, les manifestations du déséquilibre mental qui se produisent dans l'armée peuvent être divisées, quant aux suites qu'elles ont pour leurs auteurs, en deux catégories suivant qu'elles semblent ou non constituer des actes d'indiscipline.

Dans le premier cas : absence illégale, injures, refus d'obéissance, rébellion, voies de fait, etc., le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les événements, qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose d'autant que la notion de cette autre chose lui est étrangère. Si ce soi-disant indiscipliné est, par hasard, un cérébral, son état sera méconnu, car les fugues et les impulsions des épileptiques, l'état second des hystériques, les actes extravagants des dégénérés, et, plus particulièrement, des fous moraux, les formes de début de l'aliénation et surtout de la paralysie générale, l'alcoolisme dans ses manifestations si multiples, sont ignorés des chefs militaires, alors qu'ils sont loin d'être rares dans cette armée où trop de parents, qui la prennent pour une maison de correction, glissent des enfants réputés incorrigibles, et vous savez ce que cache souvent cette étiquette.

Si, au contraire, les actes de l'individu ont frappé par leur bizarrerie, s'ils n'ont pas de relations avec le service, ou si même s'étant produits dans le service, ils n'ont pas porté atteinte à la discipline, dans ce cas l'homme est envoyé à la visite du médecin du corps.

En résumé, les actes commis par des militaires entrant dans l'aliénation sont jugés en premier ressort exclusivement par les officiers. De ces faits les uns sont fatalement considérés comme des actes d'indiscipline, et, à l'heure actuelle, il ne saurait en être autrement ; leurs auteurs ne sont point soumis à un examen médical et sont l'objet de punitions ou de condamnations. Personnellement, dans les nombreuses années que j'ai passées dans les corps de troupe, jamais je n'ai été appelé à me prononcer sur l'état mental d'individus traduits en conseil de guerre ou de discipline. Seuls des actes non taxés d'indiscipline, et de ceux-là seulement, le commandement se décharge sur les médecins.

Telle est la façon dont les choses se passent ; elle explique, croyons-nous, comment les prédisposés et les aliénés peuvent aller dans les prisons et dans les corps d'épreuve.

A cette situation, si regrettable à tous égards, il serait, croyons-nous, facile de porter remède. L'afflux des aliénés dans les prisons et corps d'épreuve tient — nous venons de le démontrer — à l'absence d'un filtre capable d'arrêter les cérébraux au seuil des conseils de guerre ou de discipline. On mettrait donc fin à cet état anormal, en construisant le barrage en question. Eh bien, rien n'est plus simple. Il suffirait de prescrire que dorénavant, aux nombreuses pièces exigées pour la comparution d'un homme au conseil de guerre ou de discipline, serait joint un rapport médico-légal dans lequel le médecin-major ne bornerait pas ses investigations au séjour de l'homme au corps, mais tenterait d'établir, par une enquête médicale, ses antécédents.

Nous ne prétendons pas que les médecins de régiment pourront trancher au pied levé toutes les questions de responsabilités : loin de là ; il y aura toujours nombre de cas embarrassants, demandant une observation attentive, prolongée, et faite dans un milieu spécial ; mais les signaler est déjà chose capitale. Le but à attendre de l'examen que nous réclamons est non pas de résoudre complètement et définitivement des

questions d'essence si complexe, mais d'éclairer la religion des juges militaires, de faire faire les enquêtes et études nécessaires, enfin de ne pas laisser prendre des malades pour des coupables.

Tout ce que nous venons de dire peut, en définitive, se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La statistique médicale de l'armée établit que le nombre des aliénés est, par rapport au reste de l'armée, double dans les bataillons d'Afrique, quadruple dans les établissements pénitentiaires, et huit fois et demie plus considérable dans les compagnies de discipline ;

2° La raison en est que nombre de prédisposés, d'aliénés confirmés ou au début sont fatalement méconnus lors de leur comparution aux conseils de guerre ou de discipline ;

3° On empêcherait, sinon totalement, du moins en grande partie, de pareilles erreurs, en prescrivant que tout homme en prévention de conseil de guerre ou de discipline serait soumis à un examen médico-légal de la part du médecin du corps ;

4° Il est désirable que cette mesure, si facilement réalisable, devienne rapidement obligatoire.

M. GIRAUD appelle l'attention sur les cas déjà cités par M. Taty, où l'aliéné a été méconnu parce que les experts ont méconnu les troubles mentaux. Il en rapporte un cas au nom de M. Samuel Garnier. Il en a lui-même observé plusieurs cas. Il a, entre autres, eu l'occasion de faire une expertise sur un jeune homme arrêté au Havre pour toute une série de vols. Il présentait les caractères les plus nets de folie morale avec antécédents personnels et héréditaires. Dans son enfance il avait fait sans motif plausible un grand nombre de fugues à la suite desquelles il ignorait souvent comment il avait employé son temps. Eh bien ! ce jeune homme avait déjà subi plusieurs condamnations antérieures et avait été déclaré responsable sur un rapport de M. Paul Garnier. Tout le monde connaît la haute compétence de M. Paul Garnier, ce qui prouve simplement que dans une simple expertise, aucun aliéniste n'est à l'abri d'une erreur, surtout pour ces cas spéciaux de folie morale.

Il faut dire toutefois que ces erreurs sont fort rares, et M. Giraud, parmi toutes les admissions qui ont passé entre ses mains, n'a encore jamais vu d'aliénés transférés de la prison et ayant été l'objet d'un rapport médical antérieur. Quant aux aliénés directement méconnus par les tribunaux, c'est surtout aux tribunaux correctionnels qu'ils sont imputables. Il serait bon que l'éducation des magistrats fût un peu plus faite à ce point de vue.

Enfin il y a lieu aussi d'appeler l'attention sur les enfants aliénés ou dégénérés envoyés dans les maisons de correction. Il y en a un certain nombre de méconnus. A la rigueur on peut dire que les maisons de correction ne sont pas une peine disciplinaire, mais néanmoins la contagion peut avoir un effet déplorable sur les enfants et il est absolument fâcheux de voir qu'on y envoie encore souvent des malades, comme des épileptiques par exemple. M. Giraud a déjà observé pour son compte 7 jeunes filles envoyées de la maison de correction à l'asile Saint-Yon.

M. VALLON rapporte deux observations d'aliénées méconnues appartenant à la catégorie des imbéciles avec tendances au vagabondage. Elles ont été condamnées, l'une 12 fois, l'autre 27 fois, et comme elles sont atteintes d'imbécillité et non de simple débilité, la condamnation aurait pu être facilement évitée par une expertise. Il ne faut pas espérer faire de tous les médecins des aliénistes, mais il serait à désirer que tous aient des notions suffisantes de médecine mentale pour pouvoir constater l'anormalité psychique des prévenus et attirer sur elle l'attention des spécialistes.

Dans la Seine les expertises sont devenues extrêmement fréquentes. Les magistrats appellent plus facilement à leur aide le médecin aliéniste, que les magistrats de province. Au petit Parquet on a fait faire 52 expertises pour des motifs d'apparence futile qui n'auraient pas attiré l'attention en province. 11 seulement de ces expertises étaient motivées et furent suivies d'ordonnance de non-lieu. Donc il n'y aurait pas à modifier la loi ; il suffirait que les chefs du Parquet recommandassent à leurs subordonnés d'ordonner un plus grand nombre d'expertises.

M. REY. — S'il y avait des asiles spéciaux pour ces sortes de malades, les tribunaux et le jury enverraient peut-être plus facilement à l'asile des malades dont ils craignent l'évasion dans les asiles ordinaires.

M. MABILLE comme médecin de l'asile de La Rochelle reçoit souvent des disciplinaires venant de l'île de Ré. Il se range aux conclusions de M. Granjux.

Il appelle aussi l'attention sur les aliénés méconnus auteurs de fausses accusations et ayant occasionné la condamnation de personnes innocentes.

M. DROUINEAU. — Il est évidemment utile que les magistrats aient une connaissance un peu plus grande des aliénés, mais l'instruction qu'ils pourront recevoir à ce sujet restera toujours toute personnelle et on ne voit guère de moyen de la généraliser. Ce qui importe surtout c'est de vulgariser l'étude de l'aliénation mentale dans les Ecoles de Médecine ; en outre, l'expertise devrait être absolument réservée à des médecins spéciaux, alors même que le médecin ordinaire aurait fait un stage plus ou moins long dans un asile au cours de ses études médicales.

Dans le projet de loi Dubief, peut-être la spécialisation de l'expertise sera-t-elle demandée. Il apparaît d'ailleurs de plus en plus nécessaire de créer des asiles de sûreté, la seule difficulté à laquelle on puisse se buter, c'est que ces asiles devront être des asiles d'Etat, et le Parlement peut refuser les crédits d'une dépense assez considérable.

M. REGIS a fait, comme M. Granjux, une statistique des aliénés méconnus par les tribunaux militaires. La statistique de M. Granjux n'est peut-être pas tout à fait complète. Elle ne comprend pas les épileptiques. Beaucoup d'aliénés méconnus n'ont pas été réformés, et d'autres, examinés et déclarés responsables par des médecins militaires, ont été plus tard reconnus aliénés. Certains enfin, quoique aliénés, ont été portés comme reformés pour une autre cause.

M. RÉGIS demande qu'il y ait un examen préalable avant l'incorporation. La connaissance de l'aliénation mentale par les médecins militaires devrait être plus développée. Enfin, il devrait y avoir dans l'expertise, adjonction d'experts civils spécialistes. M. Régis propose au Congrès de voter le vœu suivant : 1° que l'inspection médicale au point de vue mental soit organisée devant les tribunaux militaires de terre et de mer, comme elle l'est devant les tribunaux civils ; 2° qu'en particulier l'examen mental de tout militaire, en prévention du conseil de discipline ou de conseil de guerre, soit pratiqué par le médecin du corps avec adjonction possible, sur sa demande, d'experts spécialistes pris sur la liste dressée chaque année par les tribunaux du ressort.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. REY, à propos des enfants arriérés dont il a été parlé au cours de cette discussion, propose le vœu suivant : « Qu'il soit donné suite au projet de créer des établissements pour enfants arriérés dans la région du Sud-Est. »

M. BOURNEVILLE appuie énergiquement cette proposition. Les enfants arriérés sont justiciables d'établissements spéciaux et non des maisons de correction...

Ce vœu est adopté.

Enfin, adoption du vœu suivant, de M. Mabille : 1° Que les expertises médico-légales ayant trait à l'examen de l'état mental des inculpés soient confiées aux médecins aliénistes ; 2° qu'on émette un vœu en faveur de l'adoption du projet, déposé par M. Dubief au Parlement, en ce qui concerne spécialement le placement, dans des asiles spéciaux ou non, des inculpés déclarés responsables, et qui auront été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'une requête par le tribunal ou le jury. VIGOUROUX et HAMEL.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS.

(SESSION DE TOULOUSE.)

SOUS-SECTION DES SCIENCES MÉDICALES ET HYGIÈNE.

Séance du 6 avril. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr CAUBET.

Les eaux de Capvern.

M. MALPHETTE fait une étude approfondie des eaux minérales de Capvern qu'il dénomme le Vittel et le Contrexéville

du Midi. Il insiste en outre sur l'influence thérapeutique de leur état électro-dynamique.

Action de certaines substances sur la diurèse.

MM. E. Bardier et H. Frenkel. — Si l'on peut admettre avec M. Bouchard que le rein malade élimine mal le salicylate de soude et que, dans des conditions pathologiques, la diurèse paraît entravée par cette substance, il n'en est pas de même à l'état normal. Chez l'homme sain, la plupart des cliniciens admettent bien une action diurétique du salicylate; mais certains la rejettent au nom de la clinique et de l'expérimentation. Récemment encore, M. Siegert refusait au salicylate toute action diurétique et, en lui attribuant des effets opposés, a cru devoir prémunir le praticien contre son emploi pour solubiliser la caféine, et conseillait de lui substituer le benzoate de soude. Surpris par cette conclusion, nous avons institué une série d'expériences comparatives sur l'action de la caféine associée tantôt au salicylate, tantôt au benzoate de soude. Comme dans toutes nos expériences, nous avons opéré sur des chiens, munis de canules uretérales. Nous avons compté le nombre de gouttes s'écoulant des uretères, minute par minute, pendant deux ou trois heures. En même temps, on enregistrait la pression générale et la circulation rénale avant et après les injections. Dans ces conditions, nous avons vu que la caféine associée au benzoate ou au salicylate de soude augmentait dans de très fortes proportions l'écoulement urinaire et qu'il ne paraissait pas y avoir de différence dans cette augmentation, que la caféine fût associée au salicylate ou au benzoate.

La pression générale, après une chute légère très fugace, augmente environ de 30 à 40 millimètres de mercure pour une dose moyenne de 1 centigramme de caféine par kilogramme d'animal. Elle atteint son maximum au bout de deux minutes et se maintient plusieurs minutes au-dessus de la pression initiale. Du côté du rein, on observe une vaso-constriction qui ne persiste que pendant trente secondes en moyenne. Le salicylate de soude seul élève, comme nous le savons, le débit urinaire, fait très légèrement augmenter la pression générale et produit une vaso-dilatation rénale; tandis que le benzoate de soude seul élève de quelques millimètres la pression générale et ne provoque pas de modification sensible de la circulation du rein.

En somme, il n'y a aucune raison pour considérer le salicylate comme un agent qui diminue le pouvoir diurétique de la caféine. Nous n'osons pas dire que le salicylate est supérieur au benzoate sous le rapport diurétique, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'il ne lui est pas inférieur.

Importance thérapeutique des métaux contenus dans les eaux minérales.

M. Garrigou, pour éviter les erreurs dans l'indication des stations thermales qui conviennent à chaque malade, soumet individuellement le malade à l'examen métalloscopique, et d'après les résultats obtenus il adresse le sujet à telle ou telle station qu'il sait posséder des sources répondant à l'indication métalloscopique. M. Garrigou cite à l'appui de sa thèse plusieurs observations de malades guéris par des eaux scientifiquement choisies, et les malades dont il parle avaient résisté à tout traitement employé d'après les errements anciens. Le cas d'une religieuse guérie, par l'emploi continu des eaux de la source du rocher de Saint-Nectaire, d'une série d'accès de manie aiguë d'une violence extrême, paraît surtout très intéressant. Tous ces faits obligent à conclure qu'il est indispensable, aujourd'hui, en analyse chimique d'eaux minérales, de faire la recherche complète de tous les métaux et de toutes les substances que les sources minérales apportent à l'état de solution des profondeurs de la terre.

De l'augmentation de la consommation du riz en France. Ses causes et ses conséquences.

M. Maurel signale au Congrès l'augmentation de la consommation du riz qui de 1875 à 1895 s'est élevée de 34 millions à 68 millions de kilogrammes ; et il en étudie : 1° les causes et 2° les conséquences, surtout au point de vue de l'hygiène, mais aussi à celui des intérêts commerciaux du pays : 1° Il attribue cette augmentation à l'importation beaucoup plus considérable de nos riz coloniaux et à la baisse de prix qui en a été la conséquence. Cette importation, de 1875 à 1895 a passé de 2 millions et demi à 65 millions de kilogrammes, et le prix du riz a baissé d'un quart, si bien que la farine de riz coûte actuellement sensiblement moins cher que celle de froment; 2° relativement aux conséquences, le Dr Maurel se place successivement au point de vue de l'hygiène et au point de vue de nos intérêts commerciaux. En ce qui concerne l'hygiène, il montre que le riz est un aliment aussi sain qu'aucun autre, et aussi que ses propriétés calorifiques sont les mêmes que celles du blé: 100 grammes de blé donnent 350 calories et 100 grammes de riz en donnent 353. Il n'y a donc aucun inconvénient à voir le riz pénétrer de plus en plus dans notre alimentation et même remplacer le blé.

Les accidents provoqués par l'opothérapie, leur prophylaxie.

M. Massé. — 1° Les agents opothérapiques, comme tous médicaments, sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus actifs. A ce point de vue simplement pratique, il y a donc une première division à établir entre les divers agents : le corps thyroïde, les capsules surrénales occupant la première place parmi les produits toxiques qui doivent être prescrits avec la plus grande prudence. Le thymus, le pancréas, l'ovaire peuvent être prescrits à plus haute dose; 2° les produits desséchés à température basse s'altèrent rapidement et peuvent produire du botulisme; d'où indication de préférer les produits frais aux produits desséchés, toutes les fois que la chose est possible; 3° l'intégrité du foie, du cœur et de l'émonctoire rénal ont une grande importance.

De plus, la susceptibilité individuelle en présence du médicament est très variable. D'où nécessité de prescrire avec prudence toujours, et toujours après avoir vérifié l'état organique du sujet, nécessité de s'arrêter ou d'interrompre dès que les signes d'intolérance se montrent.

D'où, par voie de déduction, utilité de considérer les produits desséchés comme de vrais médicaments dont la vente au public doit être réglementée; utilité de signaler au public les dangers ou inconvénients de l'ingestion de substances organothérapiques fraîches, délivrées à la boucherie.

M. J. Cluzet, chef des travaux de physique de la Faculté de Médecine, présente un appareil permettant de *déterminer le degré de myopie ou d'hypermétropie des yeux.*

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES

(Session de Paris. — Avril 1899)

Parmi les innombrables communications faites au Congrès antialcoolique, nous publions l'analyse des suivantes qui offrent un caractère plus particulièrement médical.

L'œuvre de l'hôpital de Tempérance de Londres.

M. J.-J. Ridge. — A l'hôpital de Tempérance de Londres, les médecins et les chirurgiens font exclusivement usage de médicaments qui ne renferment pas d'alcool. Cet hôpital existe depuis 26 ans. Autrefois, la pratique entière de la médecine se résumait en ces deux mots : « *Stimulations alcooliques.* » Non seulement on prescrivait l'alcool durant la maladie, mais encore ses divers mélanges étaient considérés comme favorisant la convalescence. Cette croyance très exagérée en la valeur thérapeutique de l'alcool produisit des effets désastreux. C'est alors que les amis de l'abstinence entreprirent de prouver par l'expérimentation qu'il était possible de se passer d'alcool en temps de maladie grave comme en temps de santé parfaite. On fonda donc, en 1873, à Londres, un hôpital avec 17 lits. L'œuvre de cet hôpital a toujours été en grandissant. En 1881, le nombre des lits fut porté à 50, puis à 86 en 1885. Enfin en 1898 un quatre-vingt-septième lit fut fondé. Les cas de toute nature sont admis. Néanmoins la mortalité, sur 15.274 patients, s'est trouvée au-dessous de 7 0/0. En raison de ce succès incontestable, d'autres hôpitaux abstinents ont été créés. Il est donc prouvé par démonstration palpable et visible que les grandes quantités de liqueurs alcooliques, encore prescrites aujourd'hui aux malades, sont tout au moins superflues et probablement gravement nuisibles.

Le rôle du médecin dans la lutte contre l'alcool.

M. [illegible] (de [illegible]). — Le médecin, tuteur naturel de l'humanité, doit prémunir ses semblables contre toute pratique [illegible]mettant leur santé et celle de la race. Donc, *il doit combattre l'alcool* : rôle d'autant plus beau qu'il est chez le médecin absolument désintéressé. En se faisant l'apotre de [illegible], le médecin, qui vit de la maladie, travaille à diminuer le nombre de ses malades. Comment le médecin combattra-t-il [illegible]? 1° En *étudiant* les différentes faces de la question : valeur alimentaire et valeur thérapeutique de l'alcool ; 2° par cette étude le médecin deviendra *l'adversaire [illegible] de l'emploi du produit*. S'il ordonne encore quelquefois l'alcool, [illegible] en potion, formules Todd ou Jaccoud, où il [illegible]; 3° dans ses entretiens, le médecin combattra [illegible] les préjugés favorables aux prétendues vertus de l'alcool ; 4° le devoir s'imposera d'organiser une *Société médicale de tempérance*, avec bulletin périodique centralisant les travaux dispersés dans un grand nombre de journaux ou revues. Depuis le dernier Congrès, les médecins [illegible] imitant les Anglais, Allemands et Suisses, ont fondé [illegible] Société ; elle compte 185 membres ; 5° cette Société [illegible] de se *priver* personnellement des liqueurs [illegible]. Le médecin doit joindre l'exemple à la [illegible] beaucoup le courage pour la lutte, c'est [illegible] usage d'alcool. Dès lors, ils n'osent pas [illegible] à leurs clients et se contentent de demi-mesures [illegible]. Ils recommandent un usage modéré, qui est un mythe.

L'alcoolisme dans les milieux ruraux.

M. le Dr Baratier (de l'Aube). — L'alcoolisme autrefois n'existait [illegible] au village ; par suite de la fréquentation des villes le paysan a pris l'habitude de boire ; c'est au vin, au cidre, qu'il s'est adonné d'abord, à l'eau-de-vie ensuite. Tant que ces produits ont été naturels, tels qu'il les récoltait, son alcoolisme peu profond est resté à l'état latent ; du jour où il s'est livré à la boisson d'auberge, aux alcools frelatés, aux toxiques, aux eaux-de-vie de commerce et d'industrie, son alcoolisme est devenu terrible faisant des ravages considérables dans sa progéniture. M. Baratier déplore cette déchéance de la partie la plus saine et la plus vigoureuse de la patrie ; il espère que les ligues contre l'abus des boissons spiritueuses, que les conférences antialcooliques, que l'instruction partout répandue élèveront un jour une digue contre l'envahissement de l'alcool ; c'est par milliers qu'il faut ouvrir, à la ville comme à la campagne, les maisons de tempérance, et lorsque l'homme pourra boire des breuvages sains et purs, il abandonnera lui-même, volontairement, son intoxication, éclairé comme il le sera par ce qu'il aura appris dans les livres, brochures, conférences, musées antialcooliques et il redeviendra avec le temps à son essence primitive d'homme sain.

Rôle de l'alcoolisme dans l'industrie de la région normande.

M. [illegible], directeur de l'Ecole de Médecine de [illegible]. — Les progrès de l'alcoolisme en Normandie et dans la classe ouvrière sont constants. Dans certaines catégories, les femmes [illegible] plus que les hommes. Les conséquences sociales et [illegible] de cet état de choses sont désastreuses. Si cet état de choses ne change pas, le commerce, l'industrie et la [illegible] nationales vont être compromis. Les jours de [illegible] vont [illegible]. Beaucoup d'ouvriers ne travaillent que cinq jours par semaine. La qualité du travail s'abaisse. L'intelligence, l'habileté technique et la force corporelle diminuent chez l'ouvrier. Le prix des salaires augmente et les bénéfices [illegible]. La concurrence étrangère grandit tous les jours.

Thérapeutique sans alcool.

M. [illegible], médecin consultant au « Metropolitain Hospital » de Londres. — On ne pourra guérir le grand public [illegible] des boissons alcooliques dans [illegible] dans les maladies qu'[illegible] les médecins eux-mêmes des dangers [illegible] et de la très fréquente inefficacité de cet agent thérapeutique. Or, c'est là un résultat qu'on est encore loin d'avoir obtenu ; en 1896, un procès fut intenté au Dr Hirschfeld devant la Cour criminelle de Magdebourg pour n'avoir pas administré d'alcool à un malade atteint d'une fièvre septique : le ministère public, sur l'avis des médecins de l'hôpital où le malade avait été ultérieurement transporté et était mort, requérait contre lui une condamnation pour homicide par imprudence. Le conseil général de médecine de la Saxe et plusieurs praticiens connus, consultés par la défense ou le tribunal, ayant émis un avis favorable à l'accusé, il fut acquitté. Ce fait montre à la fois, et la force du préjugé en faveur de l'alcool et la force de l'opinion contraire. De l'avis du Dr Nansen, l'illustre voyageur, l'emploi même médical de l'alcool sous les climats polaires n'est jamais nécessaire et toujours dangereux. Et il n'en est pas autrement sous les climats tempérés. Les travaux de Magnus Huss, de Lancereaux, de B.-W. Richardson et de Norman Kerr ont montré quelle part prépondérante appartenait à l'alcool dans l'étiologie des diverses maladies, et on peut se demander, en présence de ces faits, si les médecins n'ont pas montré une réelle imprudence dans l'usage copieux qu'ils en ont fait comme agent thérapeutique. Un article de la *Saturday Review* paru en 1872, les accusait de créer chez leurs malades de réelles habitudes d'intempérance, et dans la polémique soulevée à cette occasion, on put établir par des statistiques que la mortalité était plus élevée parmi les fébricitants qui avaient reçu une certaine dose d'alcool que parmi ceux à qui on n'avait donné que du lait. En 1876 se fonda la *British medical Temperance association* : elle compte aujourd'hui plusieurs centaines de membres : c'est un signe certain que l'idée de restreindre l'emploi de l'alcool comme agent thérapeutique ou même d'y renoncer complètement a fait de notables progrès. Le premier mérite de cette méthode nouvelle, c'est la notable économie qui en résulta pour les hôpitaux. Sous l'influence de Parker, Gaudner, Norman Kerr, B.-W. Richardson, on restreignit graduellement dans les hôpitaux de Londres l'emploi de l'alcool dans le traitement des diverses maladies, et dans le seul hôpital resté longtemps fidèle aux anciennes idées, l'hôpital Saint-Georges, la mortalité relative des typhiques se révéla supérieure à ce qu'elle était dans les autres établissements hospitaliers. On est en droit de se demander si la véritable épidémie d'ivrognerie qui sévit en Angleterre et sur le continent n'est pas due en partie aux mauvaises habitudes thérapeutiques qu'avaient, il y a encore quelques années, la très grande majorité des praticiens. Dans les asiles d'aliénés, où l'on a tenté de supprimer entièrement pour les malades l'usage des boissons alcooliques et leur emploi comme agent thérapeutique, on a obtenu des améliorations plus rapides et plus durables : c'est du reste une pratique qui en Allemagne et en Angleterre se généralise de plus en plus. L'usage même de la bière est à éviter. L'opinion de plusieurs professeurs de physiologie suisses et anglais vient ici confirmer ce que l'expérience a enseigné aux praticiens. Les statistiques enfin du *London Temperance Hospital*, montrent qu'on peut traiter et guérir dans une notable proportion presque toutes les maladies sans avoir à recourir au traitement alcoolique : en 24 ans, les médecins de cet hôpital, qui ont eu à soigner 13.984 malades, n'ont prescrit l'alcool que 24 fois. On renonce de plus en plus à l'emploi de l'alcool à doses minimes et on commence à douter de son utilité même à faibles doses. Dans les affections chirurgicales, au témoignage de Horsley, de H. Thompson, de Pearce Gould, son emploi est la plupart du temps inutile ; il est souvent nuisible.

La lutte contre l'alcoolisme dans les Bureaux de bienfaisance de Paris.

M. J. Noir, délégué de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris, a fait, au nom de cette Société, une communication sur le rôle des médecins des Bureaux de bienfaisance dans la lutte antialcoolique. Après avoir démontré la situation privilégiée des médecins des Bureaux de bienfaisance de traitement à domicile pour constater toutes les conséquences désastreuses de l'alcoolisme et avoir cité de nombreux exemples d'alcoolisation des jeunes enfants et même des nourrissons, l'auteur indique par ses conclusions quelques moyens pratiques à adopter pour restreindre l'action du fléau alcoo-

liques, conclusions que l'on peut résumer ainsi : éviter de prescrire l'alcool sous forme commune (grogs, vins liquoreux) pour éviter de répandre le préjugé de la valeur hygiénique de l'alcool, le prescrire sous formes médicamenteuses (teintures, alcoolés, etc.) qui ne permettent pas au malade de continuer son usage après la guérison. Engager l'administration à ne jamais remettre directement à l'alcoolique un secours en argent. Enfin faire imprimer au dos du cahier d'ordonnance une note claire et simple indiquant que l'alcool est un dangereux poison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 avril 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

Torticolis congénital.

M. [illegible] a pratiqué la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien sur un enfant de dix ans atteint de torticolis congénital. L'opération a été complétée par le massage et par des manœuvres de suspension. La tête est complètement redressée ; la scoliose, l'asymétrie faciale ont presque disparu.

M. [illegible], l'enfant étant né par le siège, croit qu'il y avait en ce cas hématome du sterno-mastoïdien. Le traitement orthopédique (massage, redressement) commencé aussitôt après la naissance peut, en pareil cas, empêcher la déviation.

Rôle ossificateur de la dure-mère.

MM. CHIPAULT et BEREZOWSKY montrent l'importance du rôle ossificateur de la dure-mère. Dans les trépanations, pour obtenir une perte de substance osseuse permanente, il est nécessaire d'enlever à la fois l'os et la dure-mère sous-jacente. Ce fait a une importance pratique spéciale dans les trépanations pour épilepsie et surtout pour épilepsie jacksonnienne.

Traitement des gastro-entérites.

M. SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux) a souvent obtenu la guérison des gastro-entérites du sevrage en supprimant complètement le lait de l'alimentation. Il le remplace par des décoctions de féculents, de céréales, de l'eau albumineuse. Le sirop de punch constitue pour ces décoctions un bon édulcorant. Les bains salés chauds, les injections de sérum artificiel, les inhalations d'oxygène, la cure d'air complètent utilement le traitement, surtout si la convalescence tarde à s'établir d'une façon franche.

Le sens moral chez les criminels.

M. [illegible], après un exposé psychologique intéressant, montre l'utilité des peines purement morales. L'exposition [illegible] d'autrefois, le vieux pilori, aurait souvent une influence plus puissante, soit directe, soit comme exemple, que l'emprisonnement prolongé.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 mars 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement de l'appendicite.

M. [illegible] prend la parole, à propos du procès-verbal de la dernière séance, pour répondre à M. Peyrot qui a traité de puériles les considérations qu'il adressait à l'intervention précoce. Il s'élève contre l'intervention hâtive, érigée en système absolu, parce que cette manière de faire est en opposition avec les principes de la chirurgie, qui doit être opportuniste et non radicale.

De l'asepsie opératoire.

M. BAZY revient sur ce qu'il avait énoncé récemment, à savoir qu'une asepsie relative est suffisante pour opérer et qu'on peut parfaitement réussir une opération aseptique après avoir pratiqué une ou plusieurs opérations septiques, sans qu'il soit nécessaire pour cela de mettre des gants. Ceux-ci, comme on l'a dit, servent plus à protéger le chirurgien que le malade.

M. Bazy ne pense pas non plus qu'il y ait grand inconvénient à écraser certains tissus ; il s'étonne même de voir des chirurgiens qui préconisent l'écrasement comme moyen d'hémostase, reprocher à l'écrasement de favoriser l'infection.

De l'appendicite.

M. NIMIER n'est pas partisan de l'intervention précoce dans l'appendicite et la statistique qu'il donne milite en effet en faveur de la temporisation. Sur 24 appendicites qu'il a observé au Val-de-Grâce, 14 ont été traitées par les moyens médicaux et ont toutes guéri ; les 10 autres ont été opérées et il n'y a eu qu'une seule mort.

Traitement chirurgical de la folie.

M. PICQUÉ fait une intéressante communication dans laquelle il expose les résultats, souvent remarquables, de sa pratique chirurgicale dans les asiles d'aliénés de la Seine. La question du traitement chirurgical de la folie est depuis quelques années à l'étude. Au Congrès de Montréal (1897), Davenport, Hobbs ont fait l'exposé de leurs résultats opératoires. En Belgique, Jacobs se montre opposé à toute intervention. Beaucoup d'auteurs ont observé la coexistence d'affections génitales chez les femmes aliénées et ont constaté la guérison parallèle de l'affection génitale et des troubles mentaux. M. Picqué a examiné systématiquement à ce point de vue toutes les femmes d'un asile. Les femmes aliénées, dont l'état mental évolue avec une lésion chirurgicale, peuvent se partager en trois groupes. Les unes connaissent leur affection, qui est cause de leur délire. Tel est le cas d'une mélancolique, atteinte de fistule à l'anus ; on l'opère de sa fistule, sa mélancolie guérit. Un second groupe, le plus important, comprend les cas où la femme présente une lésion génitale, dont elle ignore l'existence (fibromes, kystes, prolapsus). Parfois c'est une affection très bénigne, telle qu'une vaginite, qui est cause d'obsessions génitales et il arrive souvent que le traitement de la vaginite amène la guérison de ces obsessions. Un troisième groupe intéresse la chirurgie courante, car il comprend les cas d'aliénées en voie de guérison, chez qui la convalescence mentale est prolongée par le fait d'une lésion chirurgicale, consistant souvent en une simple leucorrhée. Résumant les indications opératoires, M. Picqué conclut que toute affection, qui entraîne une obsession, doit être opérée, et qu'en pareil cas l'opération est souvent utile. Les résultats opératoires sont très heureux quand le délire tient à des lésions de l'utérus et des annexes. Dans les cas de démence chronique, délire de persécution, dans la paralysie générale, on ne doit pas intervenir. M. Picqué a examiné 63 femmes, 7 seulement n'avaient rien du côté génital. Il en a opéré 18 avec les résultats suivants : 11 guérisons définitives, 3 améliorations, 3 fois l'état est resté stationnaire, 1 seule mort.

Luxation double de l'astragale.

M. REYNIER rapporte un cas de luxation double de l'astragale observé par M. Legueu. Ce dernier ne vit le malade que quarante-cinq jours après l'accident. La plante du pied regardait en bas, la poulie et la tête de l'astragale faisaient deux saillies très nettes ; impotence complète. Le malade étant endormi, on essaya des manœuvres de réduction qui échouèrent. Devant cet insuccès, M. Legueu se décida à extirper l'astragale. Le résultat a été excellent ; il y a peu de rétrécissement.

Gastrectomie pour cancer.

M. TUFFIER montre un malade chez qui il a enlevé 15 centimètres d'estomac pour épithélioma. L'extirpation date de un an et le malade est en bonne santé.

Rupture du tendon du triceps.

M. LEJARS montre un malade dont il a suturé le tendon du triceps qui s'était rompu. Il a réuni les deux bouts par un surjet au catgut. Le résultat est excellent.

MM. ROUTIER et GUINARD disent avoir obtenu d'aussi bons résultats sans suture.

M. TUFFIER montre une radiographie prise sur un sujet qui s'était tiré une balle au niveau de l'occiput. L'épreuve montre que la balle a été se loger au milieu du cou.

P. RELLAY.

CORRESPONDANCE

Le service de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Mon cher Directeur,

Tout vient à point à qui sait attendre, peut s'appliquer à la création du service de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Toulouse. Prévu, lors de l'organisation de la Faculté, c'est-à-dire en novembre 1890, ce service n'existe de fait que depuis cet hiver ; des difficultés administratives de toute nature, particulièrement d'ordre financier, ont occasionné ce long retard. Mais, aujourd'hui, ce service est en plein fonctionnement, aussi, nous paraît-il utile d'exposer son installation, son aménagement, d'examiner les résultats déjà acquis et de voir si ce premier essai d'enseignement, tenté à la Faculté de Médecine de Toulouse, mérite d'être généralisé aux autres Facultés de Médecine de province.

Le nouveau service est installé à l'hospice Saint-Joseph-de-la-Grave, dans le local affecté autrefois au dépôt de mendicité ; il a son entrée spéciale dans la rue Riclusane et comprend : la consultation, les salles de malades, le laboratoire.

Le salle des consultations est située au rez-de-chaussée et a une entrée distincte; très spacieuse, elle sert à la fois de salle de cours. Les consultations y ont lieu trois fois par semaine, les mardi, jeudi et samedi, à 10 heures, tandis que l'enseignement y est donné les mercredi et vendredi.

Le laboratoire et les salles des malades sont au premier étage et occupent les deux vastes ailes d'un parallélogramme. C'est au point de jonction des deux ailes que se trouve le laboratoire précédé d'un spacieux vestibule utilisé comme salle d'attente et par les extrémités duquel on accède aux salles. Les salles au nombre de deux, l'une pour les hommes (salle Pinel), l'autre pour les femmes (salle Esquirol), comprennent chacune une dizaine de lits et possèdent comme annexe des chambres d'isolement. Enfin, il existe une salle d'hydrothérapie comportant quatre cabines de bains, deux pour les hommes, deux pour les femmes et une installation de douches. Entrons, maintenant, dans quelques détails sur ces différentes parties du service.

Étant donné que l'on se trouvait en présence de vieux locaux dont il convenait de tirer le parti le plus profitable et sans trop de dépenses, il y a peu de chose à reprendre dans l'installation du nouveau service. En effet, comme surveillance, aération, lumière, sécurité, il était difficile de faire mieux.

Salles des malades.— Chaque salle reçoit le jour par quatre larges ouvertures mesurant 2 mètres de hauteur sur 1 m. 45 de largeur ; elles sont exposées, celle des hommes, au Sud et au Nord, celle des femmes à l'Est et à l'Ouest, donnant sur de vastes cours ou jardins, les croisées munies à l'extérieur de barreaux de fer. L'aération a été largement comprise, chaque malade disposant en moyenne de 40 mètres cubes d'air. Le chauffage se fait au coke, par des calorifères protégés par une grille et disposés de façon que le réglage puisse en être aisé. L'éclairage est au gaz. Enfin, chaque salle est pourvue de water-closets dont l'aération est assurée par une meurtrière avec bec de gaz et tuyau d'appel.

Chambres d'isolement. — Ces chambres, au nombre de sept, quatre pour la salle des hommes, trois pour la salle des femmes, précèdent (hommes) ou font suite (femmes) aux dites salles ; elles sont éclairées par de grandes fenêtres s'ouvrant à crémone à clef et dont les carreaux, hors de portée des malades, en verre dépoli, ont 16 millimètres d'épaisseur. Les portes en bois s'ouvrent par une clef carrelée et ont leurs panneaux à l'extérieur consolidés par des barreaux de fer en croix de saint André ; en outre, elles sont percées d'un judas garni de toile métallique qu'obture une plaque mobile. Les cloisons de séparation, doubles, ont les interstices garnis de copeaux de bois. Le chauffage se fait au moyen de poêles protégés par une crinoline, scellée, dont le vantail s'ouvre à clef ; la nuit, l'éclairage a lieu par un bec de gaz à réflecteur, mobile, placé à l'extérieur au niveau d'une lucarne. Tout le mobilier est en fer ou bois, sans rideaux de lit ; deux des chambres affectées aux placements volontaires offrent un peu plus de confort.

Laboratoire. — Au point de vue de l'installation, du matériel, de l'outillage, le laboratoire est la partie la mieux comprise. Parfaitement éclairé, pourvu de hottes à cadres mobiles, avec nombreuses prises d'eau, de gaz, il permet toutes recherches de chimie biologique et de micrographie. Les élèves y ont à leur disposition toute sorte de verrerie, de produits chimiques et les instruments les plus en usage, tels : chronomètre de d'Arsonval, esthésiomètre de Verdin, appareils enregistreurs, campimètre, ophtalmoscope, machine à glace de Carré, microtome à chariot de Jung, microscope Zeis à objectif compensateur, pile médicale de Chardin, divers appareils pour l'examen du sang, etc , etc. Une riche collection de préparations micrographiques sur le système nerveux et une bibliothèque complètent cette installation. Ajoutons à la vérité que les préparations et la majeure partie des instruments appartiennent à M. le Pr Rémond. Enfin, un cabinet noir pour travaux de photographie est attenant au laboratoire.

Personnel. — Le personnel de la clinique comprend : un professeur, un chef de clinique, un interne et un externe ; une sœur de charité, trois infirmiers, trois infirmières et un planton sont attachés au service. Examinons maintenant le fonctionnement du service et les résultats obtenus à ce jour.

En vertu de conventions intervenues entre la Ville de Toulouse, le département et l'Administration des hospices, le service de la clinique des maladies mentales reçoit à titre provisoire, conformément à la loi du 30 juin 1838, des sujets des deux sexes atteints ou suspects d'aliénation mentale. Y sont reçus comme malades en observation : 1° Les sujets dangereux envoyés par l'autorité compétente, par application de l'article 19 de la loi du 30 juin 1838 ; 2° les sujets placés dans les conditions de l'article 8 de la même loi ; 3° les sujets évacués des services intérieurs de la Grave ou de l'Hôtel-Dieu, comme agités ou délirants, et ce, sur demande signée du chef de service ; 4° les sujets évacués d'un asile d'aliénés, soit par l'autorité administrative, soit par l'autorité judiciaire, lorsque ces autorités, saisies d'une demande de sortie en vertu des articles 16 et 29 de la même loi, voudront, avant de se prononcer, soumettre le malade à une période d'observation spéciale.

Le séjour des malades dans le service, en principe, ne peut excéder vingt jours, y compris le temps nécessaire pour obtenir leur évacuation à l'asile de Braqueville ou l'ordre de sortie. Néanmoins, ils peuvent y être maintenus pour une seconde période de vingt jours sur la réquisition du chef de service déclarant par certificat en forme que le temps d'observation est insuffisant.

La commission administrative des hospices assure la surveillance du service, son entretien et pourvoit aux besoins matériels des malades ; elle fait recette des prix de journée ainsi fixés : malades du département, 1 fr. 50 ; placements volontaires, 6 fr.

Résultats. — Depuis le 1er novembre 1898, date de l'ouverture de la clinique, au 31 mars 1899, le mouvement du service a été le suivant : *Entrées*, 47 ; *sorties* : a) rendus à leur famille, 24 ; b) envoyés à l'asile de Braqueville, 12 ; décès, 2 ; *présents* dans les salles, 9. Quant à leur provenance, ces malades se répartissent : *Placements volontaires*, 22, *placements d'office*, 25. Pour ces différents cas, le diagnostic porté a été : Alcoolisme, 11 ; confusion mentale, 4 ; délire épileptique, 3 ; délire hystérique, 2 ; démence sénile, 7 ; folie puerpérale, 1 ; manie, 1 ; mélancolie, 2 ; paralysie générale, 5 ; paran[illegible] 8 ; reconnus non malades, 3.

Ces résultats pour les cinq premiers mois de l'année sont des plus encourageants ; ils autorisent à compter sur un roulement d'une centaine de malades, chiffre bien suffisant pour un enseignement qui, avant tout, doit être pratique, afin de permettre aux étudiants d'acquérir les notions nécessaires en vue de formuler un diagnostic sur un cas donné de maladie mentale. C'est là, d'ailleurs, le but que poursuit M. le Pr Rémond, dans ses entretiens journaliers, au lit des malades. Toutefois, le coté scientifique de l'enseignement n'est nullement négligé ; si par suite de l'organisation du service et des exigences de la loi de 1838, il n'est guère possible de faire profiter les élèves des recherches d'amphithéâtre, on y remédie dans une certaine mesure par l'apport fréquent de pièces pathologiques provenant d'asiles avoisinants.

En somme, la création du service de clinique des maladies

mentales à la Faculté de Médecine de Toulouse est une innovation des plus heureuses. A l'état de projet, un enseignement de cette nature pouvait inspirer des craintes d'insuccès, mais aujourd'hui, en présence des résultats acquis, on ne peut que louer ceux qui en ont conçu l'idée. Aussi, est-il à souhaiter que cette première tentative se généralise et qu'avant peu nos autres Facultés de Médecine de province soient dotées d'une chaire de clinique des maladies mentales. L. CHABBERT.

Nous reviendrons sur cette question de l'enseignement clinique de la psychiatrie, soulevée depuis bien des années par le *Progrès médical*, ce que l'on a trop de tendance à oublier.

BIBLIOGRAPHIE

Revue internationale de Pédagogie comparative, organe mensuel consacré à l'éducation des anormaux, des enfants soumis au régime disciplinaire, etc.... — Rédacteur en chef : Auguste MAILLOUX. Administration et Rédaction : Dr Couëtoux, 1, place Royale, Nantes. — Prix du numéro : 1 fr. 50. Un an : 10 fr.

Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue internationale de Pédagogie comparative* que MM. A. Mailloux et nos distingués confrères L. Couëtoux et Hamon de Fougeray ont eu l'heureuse idée de fonder, en associant la pédagogie à la médecine, et qu'ils ont placée sous la présidence de notre rédacteur en chef, voulant rendre hommage à tout ce qu'il a fait pour l'assistance et le traitement médico-pédagogique des enfants anormaux, idiots, aveugles et sourds-muets. Voici le sommaire de ce premier numéro : Au lecteur, par la Rédaction ; — Les enfants dégénérés dans les écoles publiques, par Will-S. Monroe ; — Pédagogie anormale : Etat actuel de l'enseignement spécial aux enfants anormaux en France, par le Dr Hamon du Fougeray ; — Belgique : aperçu historique des institutions en faveur des sourds-muets et des aveugles, par F. Grégoire ; — Intérêts particuliers du personnel de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, par A. André ; — De l'école au ménage ; — Patronages démocratiques de jeunes filles, par Mlle L. Saffroy ; — Les associations des mères en Amérique ; — Le congrès des mères de l'Etat de Michigan, par Miss A. Marsh ; — Revue des revues ; — Club des mères ; — La voix de la mère ; — Collège de Harrow ; — A travers les livres, etc.

Cette énumération montre l'intérêt de ce nouveau recueil que nous signalons à l'attention de tous nos lecteurs. Il leur permettra d'avoir une connaissance exacte des enfants anormaux, des améliorations considérables qu'on peut apporter à leur situation, et les mettra à même de mieux renseigner les familles de leur clientèle qui leur demanderont des conseils.

Contribution à l'étude du paludisme chez les enfants; par le Dr J. CRONQUIST.

L'auteur constate que les hématozoaires de Laveran sont sans nul doute les agents du paludisme, et donne l'exposé de nos connaissances sur ces microorganismes. Parmi les nombreux noms des parasites mentionnés, il a choisi celui de *marchafava* et de *celli*, plasmodes de la malaria, vu que l'on s'en sert exclusivement dans la littérature suédoise et norvégienne. Les parasites sanguins, trouvés par l'auteur, sont conformes aux descriptions de Laveran et d'autres auteurs.

Le second chapitre est consacré au paludisme infantile, cette maladie, qui a infecté jadis la Suède, a considérablement diminué pendant les dernière périodes décennales. Au début de quelques épidémies printanières, les enfants étaient particulièrement attaqués, les garçons presque autant que les fillettes. L'adolescence et l'âge moyen sont plutôt affectés parmi la classe ouvrière, et l'enfance dans le rang de la bourgeoisie.

Le type quotidien est en outre relativement plus fréquent, aussi en Suède chez les enfants. Suivant principalement Bohn, l'auteur trace les formes cliniques du paludisme infantile et décrit spécialement les formes aberrantes, larvées et chroniquées. M. Cronquist relate en connexion deux cas aigus et un cas chronique (de la forme psychopathique) dans lesquels il a trouvé les plasmodes de la malaria. Il propose de réserver aux formes afébriles le nom de malaria larvata.

L'auteur relate ensuite onze cas d'anémie chronique de la seconde enfance, 5 garçons et 6 fillettes attaqués en premier lieu de céphalalgie intermittente ou rémittente. Dans le chapitre suivant, il résume les symptômes de ces cas, où le diagnostic est établi sur la présence des plasmodes de la malaria dans le sang des malades.

Tous les enfants offraient de l'anémie légère ; le teint et les muqueuses étaient pâles, l'hémoglobine de 65 à 80 (Fleischl) ; le nombre des hématies de 3.800.000 à 4.800.000 par millimètre cube ; il a généralement trouvé plus de 10.000 leucocytes par millimètre cube ; mais la numération était faite en même temps que celle des hématies, une ou deux heures après le déjeuner ; dans les cas où ils ont été comptés indépendamment des repas ; le nombre n'en dépassa pas 8.000 par millimètre cube ; chez une fillette, le teint était spécifique, gris-jaunâtre, et le sang d'un rouge brunâtre.

Dans un seul cas, les hématies revêtaient les formes de la poikilocytose. Dans trois cas, les leucocytes renfermaient des grains de pigment. La splénomégalie ne se présenta que dans trois cas sur les neuf où elle a été recherchée. La température était normale dans les six cas où elle fut mesurée. Chez trois enfants, les ramifications cutanées du nerf trijumeau étaient tuméfiées et douloureuses.

Le symptôme le plus gênant était une céphalagie ordinairement frontale, diffuse dans quelques cas, quoique plus vive au front. Elle se présentait périodiquement après le réveil, elle revenait chez la plupart des malades tous les matins, et chez un petit nombre tous les deux matins.

Ces maux de tête cessaient ordinairement à onze heures ou midi, seulement chez quelques-uns des malades ils duraient toute la journée, quoique plus faibles après midi ; exceptionnellement ils étaient presque continus.

Quelques-uns des enfants étaient tristes, baîllaient et avaient froid le matin ou pendant les heures où la céphalée était le plus violente. Dans le même état, un jeune garçon souffrait, au commencement de la maladie, de rougeur et de gonflement au visage, surtout autour des yeux ; à une période postérieure il eut des déjections séreuses et muqueuses ; pas de signes morbides de l'intestin aux autres heures de la journée.

M. Cronquist suppose que cette céphalée doit être regardée comme un accès larvé de paludisme, et cite entre autres raisons le fait que dans les cas où le sang fut examiné plusieurs fois, les corps segmentés et les corps sphériques jeunes étaient plus nombreux le matin que pendant le reste de la journée. Quelques cas furent très opiniâtres, sans que la cause ait été retenue. Les corps en croissant n'ont pas été trouvés dans un seul cas, mais la piqûre splénique n'est pas pratiquée.

La quinine est administrée le soir, à la dose de un gramme de chlorhydrate basique. Il est probablement plus opportun de donner ce sel de quinine à une dose plus faible le soir, et de répéter la même dose entre deux et trois heures du matin, ou de faire prendre la dose pleine à cette dernière heure. Le remede spécifique frapperait ainsi les plasmodes au temps le plus opportun pour les tuer, c'est-à-dire quatre ou cinq heures avant le commencement de l'accès suivant. Il faut de plus instituer un traitement endurcissant et corroborant par l'hydrothérapie, le fer et la quinine à des doses plus petites. D[illegible] cas opiniâtres on ne peut pas négliger l'arsenic. Il faut répéter à de courts intervalles le traitement de quinine à pleine dose au risque de rechutes même très graves. (*Nordiskt Medicinskt Arkiv.*, 1899, t. I.)

UNIVERSITES ÉTRANGÈRES. — *Allemagne.* — M. le [illegible] est nommé privat-docent de [illegible] — M. le Dr Eggeling est nommé privat-docent [illegible] Strasbourg. — *Hollande.* — M. le [illegible] Snellen junior [illegible] professeur d'ophtalmologie à Utrecht. — *Russie.* — M. [illegible] est nommé privat-docent de [illegible] et M. le Dr [illegible] privat-docent d'hygiène à l'Académie [illegible] de Saint-Pétersbourg.

LES JEUNES FUMEURS A NEW-YORK. — La ville de New-York punit dès à présent d'une amende de 100 dollars [illegible] tion de 10 jours, ou les deux ensemble, [illegible] laisse vendre ou a envoyé, ou laisse envoyer, à [illegible] moins de dix ans, du tabac ou des cigarettes [illegible] d'autres matières.

VARIA

Société française d'ophtalmologie.

Congrès de 1899

A l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, Paris.

Ordre du jour des séances arrêté par le comité.

Première séance, lundi 1er mai à 8 heures du matin.

MM Pfluger (de Berne) : Rapport : *De la suppression du cristallin transparent.* — Gourfein (de Genève) : Etude expérimentale sur la tuberculose des voies lacrymales. — Rollet de Lyon) : Tuberculose primitive du sac lacrymal. — Sourdille (de Nantes) : Les tumeurs kystiques (bénignes) de la glande lacrymale (Dacryops). — Rochon-Duvignaud (de Paris) : Remarques sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales. — Grandclément (de Lyon) : Simplification du traitement des diverses affections des voies lacrymales. — Vieusse (de Toulouse) : Contribution à l'étude de la tuberculose de la conjonctive. — De Gouvéa (de Paris) : Cure radicale du lupus palpébral par l'excision de la portion de la peau atteinte, et son remplacement par un lambeau dermique. — Trantas (de Constantinople) : Lésions ophtalmoscopiques chez les lépreux. — Villard (de Montpellier) : Recherches histologiques sur les brûlures de l'œil par l'acide sulfurique. — Armaignac (de Bordeaux) : Un cas de régénération complète de la cornée après un sphacèle total de cette membrane consécutif à une ophtalmie purulente chez une femme de 60 ans.

Deuxième séance, mardi 2 mai à 8 heures du matin.

MM. Rohmer (de Nancy) : De la suppression du pansement après l'opération de la cataracte. — Fage (d'Amiens) : Injections et lavages antiseptiques de la chambre intérieure. — Guende (de Marseille) : Du délire consécutif à l'opération de cataracte. — Prioux (de La Rochelle) : Infiltration cornéenne post-opératoire due au sublimé. — Vian (de Toulon) : Deux cas d'iritis suppuratives survenant après l'extraction de la cataracte et guéries par les frictions mercurielles. — De Wecker (de Paris) : Sur la phase que traverse actuellement le traitement du décollement de la rétine. — Kopff (de Paris) : Cas de guérison spontanée du décollement de la rétine. — Lagrange (de Bordeaux) : Des spasmes toniques du muscle ciliaire chez les enfants.—Teillais (de Nantes) : De quelques paralysies combinées des muscles de l'œil. — Dransart (de Somain) : Contribution au traitement du nystagmus des mineurs. — Pisenti (de Pérouse) : Cataracte familiale congénitale : influence de la consanguinité et de l'hérédité névro-gastrique. — Javal (de Paris) : Les myotiques et le glaucome.

Séance d'affaires à 11 heures.

Rapport du secrétaire. — Election pour le remplacement de deux membres du comité (art. 4 des statuts). — Fixation de la date de la réunion en 1900, et choix du rapport. — M. Boé (de Paris) : De la nécessité de changer le comité.

Mardi soir, banquet à 7 h. 1/2, restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, 36. Prix : 15 francs. — Prière de se faire inscrire au plus tard à la séance du lundi chez M. le Dr Duboys de Lavigerie, secrétaire général, 56, rue de la Victoire.

Troisième séance, mercredi 3 mai à 8 heures du matin.

MM. Terson (de Paris) : Fistule congénitale de la cornée. — Kalt (de Paris) : Traitement du kératocône par la blépharoraphie temporaire unie à la cautérisation ignée. — Truc (de Montpellier) : Traitement opératoire de l'ectropion juvénile ou brachydermique ; procédé autoplastique en vanne. — Valude (de Paris) : L'hétéroplastie orbitaire. — Suarez de Mendoza (de Paris) : Sur les indications opératoires dans le traitement du strabisme. — Kœnig (de Paris) : Localisations hémorragiques oculaires dans l'ictère. — Guibert (de La Roche sur-Yon) : Amblyopie et héméralopie albuminurique. — Zanotti (de Vercelli) : Amaurose et amblyopie quinique. — Galezowski (de Paris) : Des atrophies des papilles glaucomateuses et de leur traitement. — Antonelli (de Paris) : Les atrophies partielles (en sections périphériques) de la papille optique et l'atrophie choro-rétinienne péri-papillaire. — Bellencontre (de Paris) : Névrites optiques dans les albuminuries générales. — Morax (de Paris) : Note sur l'atrophie tabétique des nerfs optiques.—Bourgeois (de Reims) : Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée. — Parenteau (de Paris) : Des sels d'or dans la syphilis oculaire. — Aubineau (de Brest) : Considérations sur la kératite phlycténulaire ; ses dangers, sa fréquence à Brest et dans la région, son traitement.

Quatrième séance, mercredi 3 mai, à 2 heures du soir.

MM. Sulzer (de Paris) : Quelques remarques sur la mesure de l'acuité visuelle. — Rolland (de Toulouse) : « Pallier chirurgicalement la myopie forte est très bien ; la prévenir chirurgicalement est mieux. » — Bettremieux (de Roubaix) : Un œil myope peut-il devenir emmétrope ? — Borsch (de Paris) : Un verre bifocal nouveau. — Obarrio (de New York) : L'intensité lumineuse des couleurs dans l'achromatopsie totale hytérique.— D. Neuschuler (de Rome) : Une nouvelle méthode d hétéro-chromo-photométrie fondée sur l'examen de l'acuité visuelle. — Jacqueau (de Lyon) : Hémorragie du vitré monolatérale avec guérisons et récidives très fréquentes depuis 16 ans. — Delbès (de Périgueux): Questions d'hygiène scolaire : la conjonctivite folliculaire. — Desvaux (d'Angers) : Un cas de gliome de la rétine, suivi d'énucléation : pas de récidive. — Péchin (de Paris) : Iritis bilatérale d'origine palustre. — Lefrançois (de Cherbourg) : Phlegmon de l'orbite à pneumocoques chez un enfant au cours de la grippe. — Sameh (du Caire) : Manifestations oculaires observées au Caire à la suite de l'influenza. — Duboys de Lavigerie (de Paris). Asthénopie accommodative et épilepsie.

Cinquième séance, jeudi 4 mai, à 8 heures du matin.

MM. Darier (de Paris) : Notes de thérapeutique oculaire. — Bruni (de Rome). Kératite panneuse d'origine lacrymale. — Trantas (de Constantinople), n° 2 : Quelques cas d'héméralopie essentielle gueris par l'opothérapie hépatique. — A. Terson (de Paris), n° 2 : Sur l'opération du ptérygion. — Prioux (de La Rochelle), n° 2 : Ptérygion malin à forme serpigineuse. — Vieusse (de Toulouse) : Note à propos d'une production épithéliale rare, née sur la paupière supérieure d'une femme. — Truc (de Montpellier), n° 2 : Nouveau photomètre scolaire. — Obarrio (de New-York), n° 2 : Section du sympathique cervical. Etude microscopique. — Bettremieux (de Roubaix), n° 2 : Traitement du décollement de la rétine par l'iridectomie et la sclérotomie. — Vian (de Toulon), n° 2 : Un nouveau cas d'ophtalmie purulente de l'adulte guéri par la solution concentrée de permanganate. — Borsch (de Paris), n° 2 : De l'utilité d'une école d'opticiens. — Darier (de Paris), n° 2 : Présentation d'instruments.

Extrait du règlement de la Société.

Art. 20. — Les manuscrits (communications, discussions) et dessins qui les accompagnent doivent être, sans aucune exception, remis au secrétaire avant la fin du Congrès. Ceux qui ne seront pas remis à ce délai ne pourront figurer dans le compte rendu qui paraîtra en août.

Le régime de l'Agrégation des Facultés de Médecine.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, sur la proposition de M. de Lapersonne, a nommé une commission pour examiner le régime de l'agrégation des Facultés de Médecine. Cette commission a publié un rapport rédigé par M. Oui, qui montre l'état d'infériorité de l'agrégé en médecine. Après avoir sacrifié à l'enseignement et à la science une période de neuf années, l'agrégé se trouve sans situation, surtout en province, si une place de professeur ne s'est pas trouvée vacante durant ce laps de temps. M. Oui prétend que l'agrégé cesse son exercice au moment où il peut être réellement utile par son expérience de l'enseignement. Il regrette pour les études des étudiants et pour les progrès de la science médicale le renvoi injuste, des Facultés, d'agrégés qui n'ont pas démérité, et il conclut en demandant : 1° la prolongation de l'exercice de l'agrégé durant une autre période de neuf années, après avis favorable de la Faculté ; 2° la création, pour les agrégés sortants, d'emplois de professeurs adjoints, en nombre égal au sixième des chaires magistrales.

Nous sommes les premiers à constater l'insuffisance de la situation faite aux agrégés des Facultés de Médecine, mais nous ne saurions affirmer que l'adoption des conclusions de la Faculté de Lille favoriserait à la fois l'enseignement et le progrès scientifiques. En prolongeant de neuf années l'exercice des agrégés, en créant des professeurs suppléants, on améliorerait, nous n'en doutons pas, le sort très intéressant des agrégés actuels, mais, par ce fait même, on diminuerait le nombre de places vacantes ; et de distingués candidats, tenus à de longues années d'attente, perdraient patience et abandonneraient le concours. Il n'y aurait plus ainsi de jeunes agrégés et nous croyons que l'enseignement y aurait plus à perdre qu'à gagner.

M. Oui parle de l'expérience de l'enseignement ; nous pensons que cette expérience ne donne pas toujours ses fruits et ne peut entrer en parallèle avec le feu sacré des jeunes savants qui

désirent se faire une réputation méritée. Dans les Facultés de Médecine comme partout, on ne travaille le plus souvent avec enthousiasme que lorsqu'on est jeune. Une fois que l'on a atteint le faîte des honneurs et de la renommée, on vit sur le passé et l'on se repose. En langage d'étudiant, il est un mot qui donne une idée très exacte de ce phénomène : « Un tel, dit-on, est *arrivé*. » Arrivé signifie qui a atteint le but qu'il se proposait, qui n'a plus à travailler, qui n'a guère qu'à se laisser vivre sur une réputation, faite légitimement, nous le voulons bien ; mais est-ce là le progrès ? Nous en doutons fort, et tant pour l'enseignement que pour la science.

Nous savons que ce sont les cours des jeunes agrégés qui sont toujours les plus suivis, que ce sont ces jeunes qui, se souvenant des difficultés qu'ils ont rencontrées dans leurs études encore récentes, s'attachent le plus à les aplanir dans leur enseignement. Etudiants de la veille, ils connaissent les besoins de l'étudiant d'aujourd'hui et leurs conférences sont toujours plus pratiques et plus utiles que les cours magistraux de vieux professeurs. Si la situation de l'agrégé est précaire, qu'on la change ; qu'on modifie, qu'on supprime, si l'on veut, l'agrégation, mais que, sous prétexte de prolonger l'exercice des agrégés, on ne barre pas la route aux jeunes qui travaillent. Dans nos Facultés comme dans l'armée, il y a un intérêt capital à rajeunir les cadres, c'est au but opposé qu'aboutiraient les propositions de la Faculté de Lille, et nous pensons que s'il est nécessaire de faire des réformes, il serait sage de chercher autre chose. J. NOIR.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies nerveuses et mentales, hypnotisme. — M. le Dr BERILLON, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, commencera le mardi 18 avril, à 5 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.* — Il le continuera les samedis et mardis suivants à 5 heures.

Cours d'adultes de l'Institution Nationale des Sourds-Muets. — Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, vient d'autoriser la création de cours publics gratuits pour les sourds-muets adultes à l'Institution Nationale de Paris. Les cours d'articulation, de lecture sur les lèvres, de langue française, d'arithmétique, d'écriture, etc., commenceront à partir du 1er mai prochain. Ils seront faits plusieurs fois par semaine par MM. les Professeurs de l'Institution Nationale. Ils auront lieu le soir de 8 h. 1/2 à 10 heures. — A la fin de l'année des récompenses seront décernées aux élèves les plus méritants. — Les cartes d'admission sont délivrées dès aujourd'hui au Secrétariat de l'Institution Nationale des Sourds-Muets, 254, rue Saint-Jacques.

FORMULES

XLV. — Pilules de créosote.

Créosote de hêtre	30 grammes.
Huile d'amandes douces	10 —
Axonge	10 —
Magnésie calcinée légère	10 —

On pèse ensemble la créosote et l'huile, on y mélange l'axonge au mortier et on ajoute la magnésie. On remue de temps à autre, puis, après 24 heures, on met en pot.

(Delestrac, in *Rev. internat. de Méd. et de Chir.*)

XLVI. — Contre l'ébranlement des dents.

Tanin	8 grammes.
Teinture d'iode	4 —
Iodure de potassium	1 —
Teinture de myrrhe	5 —
Eau de roses	200 —

En bains de bouche à la dose d'une cuillerée à café pour un demi-verre d'eau. (Quincerot.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 mars au samedi 1er avril 1899, les naissances ont été au nombre de 1.206, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 456, illégitimes, 143. Total, 599. — *Sexe féminin* : légitimes, 447, illégitimes, 160. Total, 607.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 26 mars au samedi 1er avril 1899, les décès ont été au nombre de 1.393, savoir : 689 hommes et 704 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 4. T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 13, F. 19. T. 32. — Scarlatine : M. 1, F. 4, T. 5. — Coqueluche : M. 5, F. 11, T. 16. — Diphtérie, Croup : M. 1. F. 3, T. 4. — Grippe : M. 25, F. 45, T. 70. — Phtisie pulmonaire : M. 152, F. 84, T. 236. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 11, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 14, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 33, T. 49. — Méningite simple : M. 10, F. 18, T. 28. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 31, F. 27, T. 58. — Paralysie, M. 8, F. 2, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 1, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 36, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 21, T. 21. — Bronchite chronique : M. 14, F. 16, T. 30. — Broncho-pneumonie : M. 34, F. 51, T. 85. — Pneumonie : M. 58, F. 55, T. 113. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 41, F. 53, T. 94. — Gastro-entérite, biberon : M. 19, F. 25, T. 44. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 0, T. 5. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 19, F. 10, T. 29. — Sénilité : M. 17, F. 56, T. 73. — Suicides : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres morts violentes : M. 7, F. 8, T. 15. — Autres causes de mort : M. 104, F. 78, T. 182. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 24. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 10. Total : 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. WALLICH, agrégé, fera sa première démonstration au grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, le lundi 1er mai 1899, à 5 heures de l'après-midi. Les démonstrations suivantes auront lieu le lundi à la même heure. Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le mardi 2 mai, à 3 heures, et se continueront tous les jours à 3 heures (pavillon no 6). Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au secrétariat (guichet no 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement. Le montant des droits est de 50 francs. Les démonstrations du lundi au grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique sont publiques et gratuites. Les élèves inscrits régulièrement recevront une lettre de convocation spéciale.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. Gérard, agrégé des sciences physiques, remplira, en cette qualité, les fonctions d'agrégé de chimie devenues vacantes par suite du décès de M. Biarnès. — Sont nommés jusqu'à la fin de l'année scolaire 1898-1899 : M. Ribaut, chef adjoint des travaux : 1o chargé de conférences de pharmacie ; 2o chef des travaux de chimie en remplacement de M. Biarnès, décédé ; 3o chef des travaux de pharmacie, en remplacement de M. Gérard, appelé à d'autres fonctions. — M. Laborde, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, chef adjoint des travaux de chimie, en remplacement de M. Ribaut, appelé à d'autres fonctions. — M. Maurel, docteur en médecine, ancien chargé d'agrégation, est chargé, du 1er avril 1899 au 31 mars 1903, d'un cours de pathologie expérimentale.

CONCOURS D'AGRÉGATION DES ECOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui s'ouvrira à Paris, le 20 mai 1899, pour cinq places d'agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie (section d'histoire naturelle et de pharmacie) : *Académie de Nancy* : MM. Favrel (Georges), pharmacien supérieur de 1re classe (histoire naturelle). Grelot (Paul-Henri), pharmacien de 1re classe (histoire naturelle). — *Académie de Paris* : MM. Coutière (François-Louis), pharmacien de 1re classe (histoire naturelle). Grimbert (Léon-Louis), pharmacien de 1re classe (pharmacie). Perrot (Emile), pharmacien de 1re classe (histoire naturelle).

CONGRÈS CONTRE LA TUBERCULOSE DE BERLIN. — Dans sa séance de lundi, le Congrès de l'Université de Paris a décidé que la Faculté de Médecine et l'Ecole supérieure de Pharmacie enverraient des délégués au Congrès qui se tiendra à Berlin du 24 au 27 mai, en vue de l'étude des moyens de combattre les affections tuberculeuses, particulièrement dans les classes populaires.

Congrès de la Société allemande de Gynécologie en 1899. — Le huitième Congrès de la Société allemande de Gynécologie se tiendra, à Berlin, du 24 au 27 mai 1899. Voici les questions mises à l'ordre du jour : 1° *le traitement des fibromyomes* ; 2° *la fièvre puerpérale*.

École d'application du Service de santé militaire — Un concours aura lieu, le 18 décembre prochain, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de 1re classe aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaires à l'Ecole d'application du service de santé militaire à Paris.

Service de santé de la Marine. — M. Mathis, médecin de 2e classe du port de Toulon, est désigné au douzième tour pour embarquer sur le *Jouffroy*, à Cayenne (mission du Contesté franco-brésilien). Cet officier du service de santé prendra passage sur le paquebot partant de Saint-Nazaire le 9 avril 1899. — M. le Dr Danguillecourt, médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande, à compter du 1er juillet 1899. — MM. les médecins de 1re classe Marestang, du service général à Cherbourg et Audibert, destiné au 11e régiment d'infanterie de marine en Cochinchine, sont autorisés à permuter, sous la réserve que M. le Dr Marestang rejoindra sa destination par le vapeur affrété partant de Marseille le 1er avril prochain.

Liste de départ pour les colonies, de MM. les médecins principaux de 1re et de 2e classe du service des troupes de la marine. — 1° Médecins principaux : MM. Alix (P.), Burot, Prat, Curet, Alix (L.), Hervé, Rit, Ludger. — 2° Médecins de 1re classe : MM. Avrilleaud, Roby, Lefebvre, Bonnescuelle de Lespinois, Guilloteau. — 3° Médecins de 2e classe : MM. Préboist, Charuel, Porre, Mailliu, Pellan, Vergues, Denis, Merleau-Ponty, Michollet, Bartet, Réjou, Fournes, Chalibert, Degroote, Berger, Lacombe, Abbatucci, Sarrat, Palasme de Champeaux, Aurégan, Duranton, Buisine.

Errata de l'article du 8 avril 1899, n° 14 (*La prostitution en Suisse*), p. 209, colonne 2, ligne 12 du texte : 1875, 1895, *lire* 1894, 1895 ; p. 210, col. 2, ligne 3, *lire* : au point de vue *de* l'hygiène sexuelle ; p. 210, col. 2, ligne 10, *lire* : grâce aux *attractives* garanties ; p. 212, colonne 1, ligne 31 : Maurice Lutaud, lire : *Mauriac*, Lutaud ; p. 212, colonne 2, ligne 14 : *lire* : établiss*ent* qu'à cette date ; p. 214, colonne 1, ligne 16, au lieu de : récidives *lombaires*, *lire* : récidives *lointaines* ; p. 214, ligne 18 de la note, au lieu de : chaque malade, *lire* : chaque *maladie*.

Suicide d'un centenaire. — Agé de 99 ans, François dit le Merle, de la commune de Montrem, près Périgueux, avait déclaré plusieurs fois que l'existence lui paraissait interminable. Au contraire de la plupart des humains il exprimait la crainte de ne pouvoir mourir. Pour en finir de cette longévite extraordinaire que tant de gens lui auraient enviée, François le Merle s'est rendu avant-hier sur la voie ferrée entre les stations de Bazac et Saint-Astier, attendant le passage du train de Périgueux de onze heures quarante-cinq du soir. A l'arrivée du train il se précipita résolument au-devant de la locomotive. Son corps a été littéralement broyé. (*Le Temps*.)

Les attributions des Médecins des écoles a Berlin. — La commission de la ville, conformément aux propositions de la municipalité, a recommandé de donner vingt places. Les représentants de la municipalité se sont entretenus sur la séance de la commission. Il en résulte que les médecins des écoles doivent porter toute leur attention sur les enfants qui, malgré leur assiduité, ne sont pas encore capables de fréquenter l'école avec succès. Les médecins des écoles doivent encore écarter tout ce qui, dans l'intérieur de l'école, pourrait porter atteinte à la santé des enfants. La municipalité a refusé tout ce qui va outre, et par principe a repoussé la création d'un certificat sanitaire pour chaque enfant (feuille de personnel) comme c'est la coutume en Bavière. En particulier, les médecins des écoles auront les mêmes travaux, dans les autres villes et notamment en Bavière, surtout en ce qui concerne la surveillance des locaux scolaires. Par contre on a refusé l'heure d'entretien parce que les rapprochements avec les médecins de la ville étaient à craindre. Du reste, toutes les fois qu'un médecin civil n'est pas du même avis qu'un médecin des écoles sur la capacité ou l'incapacité scolaire d'un enfant, le conseil supérieur a pour chaque cas à décider la députation de l'école. A Berlin on n'en est pas encore arrivé à l'examen des enfants dans les classes, on en est toujours à l'examen des enfants dans la demande du médecin avant leur admission. Il est important que la municipalité de Berlin ne veuille pas charger les médecins des écoles de donner leur avis sur les demandes de congé, les retraites et les placements des maîtres, mais veuille, après comme avant, prendre dans ces cas l'avis du médecin préposé du service sanitaire du district. La position des médecins des écoles peut être relativement mentionnée de sorte qu'ils soient choisis par la municipalité et mis à la retraite par la députation de l'école qui peut donner le dernier coup en présence des différends des médecins des écoles avec les médecins civils ou avec les parents. En opposition avec les autres villes, l'instance intermédiaire ne doit pas encore avoir de valeur, mais seules les décisions du médecin des écoles là où elles ont été demandées. Une proposition fut faite par la commission de la réunion de la ville, à savoir qu'un médecin des écoles ne peut être ni médecin du bureau de bienfaisance, ni médecin de manufacture.

Nouvelles Revues de Médecine. — Deux revues nouvelles viennent de paraître : la *Revue de Cinésie* (gymnastique médicale, massage, exercices hygiéniques), par le Dr R. Mesnard, et la *Revue mensuelle de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie de Bordeaux*, rédigée par le Pr R. Lefour.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Jules Girard, professeur honoraire à l'École de Médecine de Marseille. — M. le Dr Duriau, président du Conseil d'arrondissement et ancien adjoint au maire de Dunkerque. — M. le Dr A. Ramlot (de Bruxelles). — M. le Dr Friaque (de Saint-Mihiel). — M. le Dr Jacob (d'Avallon).

Étudiant en Médecine, quatrième année, externe des Hôpitaux, désirerait emploi dans clinique particulière ou établissement d'Assistance privée. Ecrire A. Roblot, 11, rue d'Ulm.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, samedi 22 avril 1899 à 10 h 1/4 du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôpital de la Charité. — *Conférence de radiographie et de radioscopie*. — M. le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de la Charité, reprendra ses conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche 9 avril à 10 h. 1/2 du matin. — Objet du cours : Instruments et appareils producteurs des rayons X. Technique de la radioscopie et de la radiographie. Applications à la chirurgie et à la médecine. — Le cours sera complet en dix conférences.

Hôpital Andral. — *Maladies de l'appareil digestif* : MM. Albert Mathieu, médecin des hôpitaux et Maurice Soupault, ancien interne des hôpitaux : samedi à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Jules Voisin. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi à 10 heures du matin.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 16. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 AVRIL 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — THÉRAPEUTIQUE : Les nouveaux analgésiques, par M. le Pr Pouchet. — BULLETIN : Les classes spéciales pour les enfants arriérés, par J. Noir; — Franchise postale pour l'Assistance publique, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie* : Dénombrement des globules du sang ; — Toxicité du thallium; — Cellule hépatique; — Microbe saprophyte; — Coloration des hématozoaires endoglobulaires, par Mme Edwards-Pilliet. — *Société médicale des Hôpitaux* : Le rhumatisme sacro-iliaque ; — La question de l'alcoolisme, par J. Noir; — *Société de Chirurgie* : Traitement de la tuberculose testiculaire ; — Statistique opératoire du service de gynécologie de l'hôpital Broca; — Nouveau procédé de craniectomie, par P. Rellay. — *Société obstétricale de France*, par H. Chéron; — *Société de médecine légale*, par G. Carrier. — *Société française d'électrothérapie.* — REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX : Des douleurs dorsales dans les névroses traumatiques, par Schuster ; — Examen et expertise médico-légale traumatique du système nerveux, par Schuster ; — Cas de crampes des dactylographes, par Simpson ; — Aphasie sensorielle, par Penhing; — Electro-diagnostic et électrothérapie, par Cohn ; — Poliomyélite antérieure chronique, par Schuster (An. par Mirallié). — BIBLIOGRAPHIE : Guy's Hospital Reports, par P. Bry et Jacobson ; — Traitement du cancer, par Snow (An. May). — CORRESPONDANCE : Prostitution à Genève, par Ladame. — VARIA : Epuration des eaux; — Vaccination et peste bovine au Tonkin. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

THÉRAPEUTIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—COURS DE THÉRAPEUTIQUE.

M. le Pr G. POUCHET.

Les nouveaux analgésiques.

Messieurs,

Il est nécessaire de reprendre quelques points relatifs à la constitution chimique de la cocaïne et de ses dérivés, pour comprendre ce que j'aurai à vous dire à propos de l'action physiologique de ces substances médicamenteuses. Cette étude est indispensable pour interpréter l'action physiologique des différentes eucaïnes ainsi que des succédanés que nous allons passer en revue aujourd'hui. Comme je vous l'ai dit, dans notre précédente réunion, c'est précisément en tenant compte des analogies très étroites qu'on a pu percevoir entre le noyau de constitution de la cocaïne, c'est-à-dire de la base tropine, et certains dérivés de la pipéridine ou des acétonamines, obtenues par la condensation des acétones en présence de l'ammoniaque, qu'on a songé à faire de toutes pièces des composés ressemblant à la cocaïne autant par leurs propriétés chimiques que, comme on l'espérait, par leurs propriétés physiologiques. Nous allons voir jusqu'à quel point on est arrivé à réaliser ces espérances. Les quelques détails dans lesquels je vais entrer, détails très courts, et que vous allez saisir facilement, vont nous aider à interpréter ce tableau qui a l'air, au premier abord, de quelque chose d'un peu confus mais qui va s'éclairer très sensiblement. Je vous rappelle que la pipéridine peut être figurée sous la forme d'un noyau hexagonal, comme celui de la benzine ; c'est une molécule de benzine dont un des groupes = CH — trivalent est remplacé par un atome d'azote. Cette pipéridine donne, entre autres dérivés, une base particulière qu'on a appelée tropidine, dont la formule brute est $C^8H^{13}Az$, et c'est elle qui constitue le squelette de tous les composés dont il va être question. Cette base a pour formule de constitution :

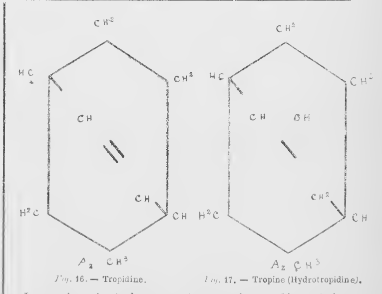


Fig. 16. — Tropidine. Fig. 17. — Tropine (Hydrotropidine).

Lorsqu'on vient, dans certaines conditions déterminées, à mettre cette tropidine en présence des éléments de l'eau et de l'acide carbonique, on peut fixer sur elle ces éléments, c'est-à-dire H^2O et CO^2, et alors la base obtenue constitue ce qu'on pourrait appeler l'acide hydrotropidine-carbonique, c'est l'ecgonine. Voici sa formule de constitution développée : Ecgonine (acide hydrotropidine-carbonique).

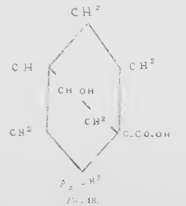


Fig. 18.

Voilà ce que devient la tropidine quand elle se transforme en ecgonine. Vous allez voir maintenant com

ment cette ecgonine va se transformer en cocaïne. Cette métamorphose va résulter de deux substitutions : d'une part de la substitution du radical méthyl à l'hydrogène du groupe carboxylé ; puis du radical benzoyl à l'hydrogène de l'oxhydrile du groupe alcool CH-OH, ce qui justifiera l'appellation qu'on lui donne, quand on veut rappeler son mode de formation, éther méthylique de la benzoylecgonine. J'écris maintenant la formule développée de la cocaïne :

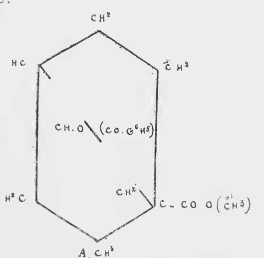


Fig. 19. — Cocaïne (Ether méthylique de benzoylecgonine).

Eh bien, c'est précisément sur le plan de cette cocaïne qu'on a essayé de construire les succédanés qui constituent les eucaïnes. Pour cela, on a pris pour point de départ deux corps différents. Le premier auquel on se soit adressé c'était la triacétonamine, c'est-à-dire ce corps résultant de la condensation de trois molécules d'acétone en présence de l'ammoniaque et dont voici la formule de constitution :

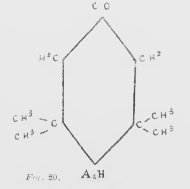


Fig. 20.

Cette triacétonamine, quand on vient à la soumettre à l'action des agents réducteurs, donne comme produit de transformation la triacétonalkamine dont la formule de constitution ne diffère de la précédente que parce que le groupement acétonique CO est remplacé par CH. OH. Voici sa formule :

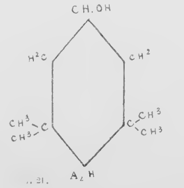


Fig. 21.

En partant de la méthyltriacétonalkamine, c'est-à-dire du dérivé de la base précédente dans lequel l'hydrogène du groupe imide AzH a été remplacé par le radical méthyl, base dont voici la formule :

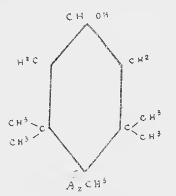


Fig. 22. — Méthyltriacétonalkamine (Base de Fischer).

et en la combinant à l'acide amygdalique, M. Emile Fischer avait obtenu un éther doué de propriétés mydriatiques rappelant celles de l'atropine et de l'homatropine. Ce fait peut s'expliquer par les analogies que présentent la base tropine et la triacétonamine, dérivées toutes deux d'une γ-oxypipéridine. On pensa alors à transformer cette triacétonamine en un composé analogue à l'ecgonine. Pour cela, on transforme cette triacétonalkamine par des procédés chimiques : on en fait un dérivé carboxylé, un acide pipéridine-carbonique dans lequel l'apparition du groupe carboxyle CO. OH, supprime l'action, ressemblant à celle du curare, que possédait auparavant le dérivé de la triacétonamine.

Cet acide triacétonalkamine-carbonique

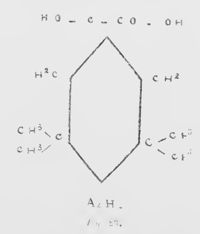


Fig. 23.

peut s'obtenir en transformant directement la triacétonamine en cyanhydrine correspondante, sous l'influence du cyanure de potassium et de l'acide chlorhydrique en présence de l'eau ; puis on saponifie cette cyanhydrine, en la chauffant sous pression légère avec de l'eau acidulée par HCl et l'on sépare ainsi l'acide pipéridine-carbonique que l'on éthérifie ensuite à l'aide de l'alcool méthylique. Cet éther, chauffé avec du chlorure de benzoyle, en présence d'un peu de chlorure de zinc fondu, fournit le dérivé benzoylé correspondant. Il reste encore à opérer la substitution du radical méthyl à l'hydrogène du groupe imide AzH pour obtenir enfin l'eucaïne A. Les formules ci-après reproduisent ces métamorphoses successives.

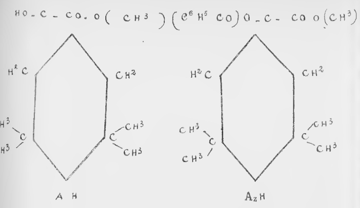


Fig. 24. — Ether méthylique de l'acide triacétonalkamine-carbonique.

Fig. 25. — Dérivé benzoylé de l'éther méthylique de l'acide triacétonalkamine-carbonique.

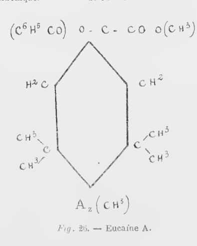


Fig. 26. — Eucaïne A.

L'eucaïne A est un dérivé plus compliqué que la cocaïne, quant à sa constitution chimique; et cette complication va nous permettre de nous rendre compte de la différence de l'action physiologique que présentent ces deux corps.

L'eucaïne B a une formule qui diffère assez notablement de celle de l'eucaïne A.

L'eucaïne B est un produit qui, comme je crois vous l'avoir déjà dit, se rapproche à la fois de la cocaïne et de la tropacocaïne, c'est-à-dire d'une de ces bases dont la constitution est analogue à celle des bases que l'on trouve dans les solanées vireuses du groupe atropa. Son point de départ est la vinyldiacétonamine qui présente une grande analogie avec la triacétonamine, comme vous pouvez vous en rendre compte par sa formule de constitution. L'eucaïne B est seulement le dérivé benzoylé du produit de réduction de cette vinyldiacétonamine.

Fig. 27. — Vinyldiacétonamine.

Fig. 28. — Vinyldiacétonalkamine.

Fig. 29. — Eucaïne B.

Je parle seulement ici de la variété d'eucaïne B utilisée en thérapeutique; car il en existe un isomère qui se présente sous forme d'une huile épaisse, incolore, insoluble dans l'eau et ne possédant pas les énergiques propriétés anesthésiques dont je vous entretiendrai dans un instant.

Ce corps, comme vous le voyez, a de très grandes analogies avec les corps précédents; mais il en diffère cependant par ce fait qu'à un des atomes de carbone voisins du groupe imide est soudé un seul radical CH^3, l'autre atomicité du carbone étant saturée par de l'hydrogène, tandis que dans la triacétonamine il y a deux groupes CH^3; c'est, de plus, une base imidée, puisque l'atome d'hydrogène lié à l'azote n'a pas été remplacé par un radical d'alcool.

Enfin cette eucaïne B diffère encore de l'eucaïne A, en ce sens que c'est simplement un dérivé benzoylé de la vinyldiacétonalkamine, que ce n'est pas un éther méthylique de ce dérivé benzoylé, et que de ce fait il y a déjà une substitution de moins du groupe CH^3.

En somme, l'eucaïne B renferme trois groupes méthyl CH^3 substitués de moins que l'eucaïne A : le méthyl de l'éther, celui de l'imide, enfin celui d'un des atomes de carbone voisins. Ce nombre moindre de substitutions, comme je vous l'ai dit, a une importance considérable : c'est à lui que je crois pouvoir rattacher les propriétés plus ou moins énergiquement convulsivantes des différentes bases dont je viens de vous parler; et vous allez voir qu'en effet, au point de vue de leur action physiologique, plus il y aura de substitutions du groupe CH^3 à différents atomes d'hydrogène des bases servant de noyau à la formule de constitution de ces alcaloïdes, et plus intense également sera l'action convulsivante exercée par ces substances sur l'organisme. Ce n'est pas d'ailleurs un fait particulier à la cocaïne; et il a été surtout mis en lumière par l'étude des dérivés de la strychnine. Cette étude avait permis de reconnaître que si, dans une substance possédant par elle-même des propriétés convulsivantes, on venait à substituer un groupement méthyl à un atome d'hydrogène dans la formule de constitution de cette substance, on augmentait le pouvoir convulsivant. Ainsi la méthylstrychnine est plus convulsivante que la strychnine, la diméthylstrychnine est plus convulsivante que la précédente. Eh bien, ici on observe la même chose : l'eucaïne A, qui est le produit dans lequel le nombre de substitutions de CH^3 est le plus considérable, est aussi la base qui présente les propriétés convulsivantes au maximum : la cocaïne, qui vient ensuite au point de vue du nombre des substitutions, est plus convulsivante que l'eucaïne B et moins énergiquement convulsivante que l'eucaïne A. On observe une différence du même genre dans l'intensité du pouvoir convulsivant entre les cocaïnes vraies et les *norcocaïnes* : on appelle dérivés *nor* ceux dans lesquels l'atome d'hydrogène lié à l'azote reste intact et n'est pas remplacé par un groupement méthyl. A ce point de vue précisément, l'eucaïne B est une *noreucaïne*. Et, de plus, comme elle constitue simplement un éther benzoïque de la vinyldiacétonalkamine, elle peut être identifiée avec les tropéi-

nes, la tropacocaïne, par exemple, ou l'atropine et ses isomères.

Il est, comme vous pouvez le voir, non seulement important, mais encore très intéressant de mettre en relief ces analogies et ces différences qui rapprochent des substances, en apparence fort éloignées les unes des autres et sans liens évidents; cela montre une fois de plus les relations qui existent entre la structure moléculaire des corps et leur action physiologique, relations qui, depuis quelques années surtout, ont fortement attiré l'attention, et dont l'étude si attrayante est déjà féconde en résultats. Tout incomplètes et superficielles qu'elles soient, les notions acquises actuellement permettent de concevoir l'espérance de sérier, dans l'avenir, l'action physiologique, et par conséquent médicamenteuse, des divers corps en fonction de leur construction moléculaire, et de pouvoir modifier cette action en modifiant d'une façon déterminée leur structure. L'exemple de l'eucaïne A et de l'eucaïne B réalise évidemment une heureuse tentative dans ce sens.

Ces quelques renseignements vont vous mettre à même de comprendre très facilement l'ordonnance du tableau suivant qui est fait pour permettre de donner des noms aux différentes cocaïnes et aux homologues de la cocaïne que la théorie permet de prévoir.

COCAÏNE ET HOMOLOGUES.

MÉTHYL CH^3	BENZOYL C^7H^5O	ECGONINE $C^9H^{15}AzO^3$
Ethyl C^2H^5	Phénylacétyl C^8H^7O	Acide pentaméthyloxypipéridine-carbonique $C^{10}H^{21}AzO^3$.
Propyl C^3H^7	Phénylvaléryl $C^{11}H^{13}O$	Dérivés carboxylés des méthyltriacétonalkamines $C^{10}H^{19}AzO^3$
Butyl C^4H^9	Cinnamyl C^9H^7O	Homo ecgonines.
Amyl C^5H^{11}	Salicyl $C^7H^5O^2$	
	Anisyl $C^8H^7O^2$	
	Phtalyl $C^8H^5O^3$	
COCA	COCAINES	
Méthyline.	Benzoylcocaine.	Norcocaines.
Ethyline.	Phénylacétylcocaine.	Homococaines
Propyline.	Cinnamylcocaine.	Eucaines.
Amyline	Isatropylcocaine.	

Les substitutions peuvent se faire de trois façons différentes en prenant pour point de départ l'ecgonine.

Elles peuvent porter sur le radical carboxyl, comme le fait dans la cocaïne la substitution du groupe méthylique, et alors on peut, à ce radical méthyl, substituer, éthyl, propyl, butyl, amyl, etc.; on est alors convenu pour désigner le produit de cette substitution de l'appeler du nom de coca que l'on fait suivre du nom du radical substitué terminé par la désinence *ine*. Ainsi dans cette nomenclature, la cocaïne ordinaire est la coca-méthyline. Si nous venions à substituer le groupement éthyl, nous aurions la coca-éthyline, etc. La substitution peut encore se faire en remplaçant le radical benzoyl par un autre radical acide, le radical phényl, valéryl, etc. (le radical cinnamyl, par exemple, qui constitue la cinnamylcocaïne de certaines variétés de coca) et alors le nom se fait en mettant d'abord le nom de ce radical acide suivi de la désinence cocaine, ainsi cinnamylcocaïne, etc.; la cocaine vraie est la benzoylcocaïne.

Enfin un troisième groupe de substitutions peut avoir lieu en changeant la nature de la base, c'est-à-dire l'ecgonine, par exemple, en la remplaçant par un dérivé des diacétonamines, et alors ici le nom deviendrait véritablement un peu barbare à construire en cherchant à donner une idée du mode de formation du corps; il faudrait dire par exemple : éther méthylbenzoïque de l'acide pentaméthyloxypipéridine-carbonique. Cela serait un peu long, et on a preféré donner à ces dérivés un nom particulier, c'est ainsi que l'on a désigné les eucaines A et les eucaïnes B; les norcocaines et les dérivés de la base homo-ecgonine sont désignés suffisamment par les préfixes *nor* et *homo*.

Enfin, chacune de ces bases peut avoir des isomères : les dérivés *homo* font précisément partie de ces isomères dont le nombre peut être parfois assez considérable suivant la complication de la structure moléculaire de la base.

Voyons maintenant, en ce qui concerne les produits ainsi préparés de toutes pièces, et qu'on a cherché à introduire dans l'usage thérapeutique, voyons les résultats obtenus et examinons s'il est intéressant de conserver ces substances.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, le point de départ de ces recherches fut cette observation que, partant de la triacétonalkamine de Fischer, et en combinant cette base avec de l'acide amygdalique, on avait obtenu un éther doué de propriétés mydriatiques puissantes et se rapprochant de celles de l'atropine qu'on trouve dans la belladone. C'est cela qui, comparé avec la formule de constitution de la cocaine et celle de l'atropine, a donné l'idée à certains chimistes de chercher à réaliser de toutes pièces la construction d'un édifice moléculaire qui pourrait remplacer la cocaïne : on espérait ainsi obtenir une substance moins toxique, plus facile à manier que la cocaine.

Quels sont les résultats auxquels on est arrivé aujourd'hui ?

Occupons-nous d'abord de l'eucaïne A ; c'est celle qui a été lancée la première en thérapeutique. Nous nous sommes occupé tout à l'heure de sa constitution ; elle a pour formule brute : $C^{19}H^{27}AzO^4$. Elle a été obtenue par Merling et employée pour l'usage thérapeutique par M. Gaetano Vinci, à Berlin. Je vous dirai tout de suite qu'elle n'existe plus maintenant au point de vue thérapeutique, et je crois que j'en suis un peu la cause. C'est à la suite de recherches effectuées dans mon laboratoire sur l'action physiologique de cette eucaine A qu'on lui a substitué presque aussitôt l'eucaïne B.

Cette eucaine A est donc, comme nous venons de le voir, l'éther méthylbenzoïque d'une carboxylacétonalkamine, comme la cocaïne est l'éther méthylique de la benzoylcarboxyltropine. C'est en 1896 que cette substance a été introduite en thérapeutique, et on lui a immédiatement accordé toutes sortes de vertus. On a dit qu'elle était au moins aussi analgésiante que la cocaine, sans en avoir les inconvénients, qu'elle était moins toxique qu'elle, qu'elle ne donnait jamais lieu aux accidents de la cocaine, etc, mais surtout on a fait ressortir ce fait, fort intéressant au point de vue pratique celui-là, qu'il était possible, par une ébullition prolongée, de stériliser une solution de chlorhydrate d'eucaine A, alors que cela est impossible en ce qui concerne la cocaïne, puisque nous avons vu que la cocaïne se saponifie facilement en sa qualité d'éther, c'est-à-dire se dédouble en ecgonine, acide benzoïque et alcool amylique, tous produits que nous savons ne pas posséder de propriétés analgésiantes. Il en résulte donc que si, par suite d'un luxe de précautions, on veut stériliser des solutions de cocaine avant de s'en servir pour les employer dans une opération chirurgicale, on n'arrive à autre chose qu'à réduire le titre de la solution de la cocaine et à n'injecter même qu'une solution absolument inerte. On insistait beaucoup sur ce fait que la solution de chlorhydrate d'eucaine ne se décomposait pas en présence de l'ébullition et que c'était là un avantage énorme.

La cocaine ne résiste à la stérilisation que si on a soin de la chauffer sous pression dans un autoclave à la température de 115° et cela pendant un temps assez court; mais c'est là, je le répète, un luxe de précautions, car, en vérité, il n'y a pas de raison de stériliser des solutions de cocaine. Lorsque ces solutions à 1 0/0 qui doivent être très récemment faites, ont été préparées avec de l'eau bouillie, elles sont suffisamment pures pour qu'on puisse les injecter sans crainte, afin de réaliser une opération chirurgicale.

Les expériences, que nous avons poursuivies en 1896, n'ont pas du tout concordé avec les faits que je vous citais tout à l'heure. Non seulement nous avons trouvé que l'eucaïne A possédait une toxicité, à très peu près, égale à celle de la cocaine, mais encore nous avons remarqué que l'action analgésiante était moins intense que celle de la cocaine et que, par conséquent, pour arriver à une même action analgésique, il fallait employer une quantité d'eucaine A notablement supérieure à la quantité de cocaine

susceptible de produire le même résultat. De sorte que l'action toxique était devenue, sinon supérieure, au moins égale. Ces résultats furent confirmés par M. Reclus dans sa pratique chirurgicale.

De plus, en étudiant de près l'action physiologique de cette eucaïne, je n'ai pas tardé à vérifier le point que je vous signalais tout à l'heure, à savoir que le nombre de substitutions du groupement méthyl, dans la constitution moléculaire de l'eucaïne A, lui a donné des propriétés convulsivantes extrêmement intenses que ne possède pas la cocaïne. En effet, chez les animaux à sang froid, par exemple chez les grenouilles, nous avons vu que la cocaïne ne détermine à peu près rien comme réaction; eh bien, on peut voir, sous l'influence d'injections d'eucaïne A — je ne parle en ce moment que de l'eucaïne A, la première des eucaïnes — on peut voir sur les grenouilles une phase d'excitation qui fait bientôt place à une phase de paralysie flasque pendant laquelle on observe une hyperexcitabilité qui persiste pendant un temps relativement considérable, souvent de 5 à 7 heures, absolument comme sous l'influence d'une dose faible de strychnine. Lorsque les doses sont fortement toxiques, on voit survenir rapidement la paralysie flasque que détermine l'introduction dans l'organisme d'une quantité considérable de strychnine : les animaux sont alors comparables à ceux placés sous l'influence d'une dose considérable de strychnine et qu'on pourrait confondre avec des animaux curarisés.

A la dose de 1 milligramme, les grenouilles, après avoir passé par une phase d'excitation très violente, perdent au bout de quelques minutes la faculté de se mouvoir : elles restent étendues, les membres agités de soubresauts convulsifs, mais elles ne peuvent plus ni marcher ni sauter. A la moindre excitation, l'animal répond par des mouvements convulsifs localisés surtout dans les pattes. Ce sont là des phénomènes bien différents de ceux que l'on peut déterminer, chez ces mêmes animaux, à l'aide de la cocaïne; et je vous rappelle que nous avons dû arriver à des doses d'au moins 3 centigrammes pour produire une action un peu nettement convulsivante. Les grenouilles constituant un réactif d'une sensibilité extrême pour les poisons tétanisants et convulsivants, vous voyez que mon interprétation de tout à l'heure se confirme, et que l'eucaïne A, dans laquelle existe un plus grand nombre de fois que dans la cocaïne, la substitution du groupe méthyl à de l'hydrogène, est aussi plus convulsivante.

Chez les animaux à sang chaud, l'hyperexcitabilité réflexe est aussi très marquée et les convulsions peuvent persister pendant un temps très considérable : les lapins semblent particulièrement sensibles, et chez eux l'injection par voie péritonéale est presque toujours mortelle. Chez le cobaye, une dose de 5 à 7 centigr. par kilog. d'animal produit une grande hyperexcitabilité avec agitation; une dose de 7 à 9 centigr. détermine des convulsions presque toujours suivies de la mort à assez brève échéance; une dose de 9 à 10 centigr. est fatalement mortelle. Chez le lapin, une dose de 7 à 8 centigr. par kilog., en injection intrapéritonéale produit des convulsions violentes suivies de mort, tandis qu'une dose de 4 à 9 centigr., en injection hypodermique, détermine des convulsions violentes, mais l'animal survit. Pendant les crises, on remarque, surtout chez le cobaye, un mouvement ambulatoire des pattes qui donne à ces manifestations une physionomie particulière.

Les mouvements cloniques sont très accentués sous l'influence de l'action convulsivante de l'eucaïne A quand elle est introduite dans l'économie à doses suffisamment toxiques. Les animaux sont pris de secousses convulsives, de soubresauts qui les soulèvent d'un seul bloc; ils poussent des cris aigus et brefs ressemblant à ceux des manifestations de l'intoxication strychnique, ils sont en opisthotonos après chaque secousse tonique générale; rien ne ressemble de plus près aux manifestations de l'intoxication par la strychnine que celles que présente l'empoisonnement par une dose suffisante d'eucaïne A. Les prodromes mêmes qu'on observe chez les animaux à sang chaud, chez les lapins ou chez les cobayes par exemple, rappellent ceux qu'on peut voir dans l'intoxication par la strychnine, c'est-à-dire la titubation, l'incoordination motrice, les tremblements, qui sont également les signes caractéristiques du début des accidents tétaniformes sous l'influence de la strychnine. Pendant ce temps, la respiration est dyspnéique, les animaux sont pris, lorsqu'il s'agit du cobaye, de salivation assez intense ; les lapins urinent au début, comme cela se voit encore avec la strychnine, puis il se produit tout à coup une véritable explosion de secousses convulsives. Enfin j'ajouterai, comme dernière caractéristique de cette action physiologique, que l'eucaïne paraît se montrer plus énergiquement et rapidement toxique sur les lapins que sur les cobayes. C'est encore la même chose qu'avec la strychnine.

Il y a donc, au point de vue de l'action toxique de l'eucaïne A, à la rapprocher de celle de la strychnine dans une plus large mesure que pour la cocaïne; et, pour ma part, je ne puis m'empêcher de faire le rapprochement que je vous signalais tout à l'heure entre ce nombre exagéré de cinq groupements méthyliques substitués dans l'eucaïne A, tandis que dans la cocaïne nous n'avons que deux substitutions de ce genre.

Eh bien, Messieurs, M. Reclus a fait également, au point de vue de l'emploi chirurgical de l'eucaïne, des essais qui ont abouti aux mêmes conclusions que celles auxquelles nous étions arrivés ici relativement à son action toxique. Il résulte de ces essais et de ceux consignés dans la thèse de M. Hernette (1), qui résume très exactement tout ce qui a été fait au sujet de l'eucaïne A, que l'anesthésie avec l'eucaïne s'obtient dans un temps assez court; elle est complète cinq minutes après l'injection faite. Elle est d'une intensité assez notable, mais moindre que celle de la cocaïne, et moindre dans le rapport de 7 à 10 ; sa durée est beaucoup moindre.

De plus, l'eucaïne présente un certain nombre d'inconvénients qui devraient, dès l'abord, la faire rejeter dans certains cas. C'est d'abord son pouvoir énergiquement vaso-dilatateur. Dans beaucoup de circonstances, en effet, vous savez que la vaso-constriction déterminée par la cocaïne aide à l'opération, dans une certaine mesure, et que lorsqu'à cette vaso-constriction se substitue une vaso-dilatation, le champ opératoire est très rapidement voilé par une nappe de sang, ce qui constitue une gêne parfois insurmontable pour certaines opérations. Enfin, l'injection est assez douloureuse, et il subsiste une sensation de brûlure persistant un certain temps après que l'opération est terminée : il est vrai que cette sensation douloureuse peut être évitée par l'addition d'une petite quantité de cocaïne.

De plus, l'action de cette eucaïne sur le cœur est au moins aussi énergique que celle de la cocaïne, sinon plus énergique ; et, dans un certain nombre d'expériences, nous avons vu des accidents cardiaques débuter brusquement sur des animaux sans les avertissements que donne à cet égard la cocaïne et qui permettent, jusqu'à un certain point, aux chirurgiens un peu expérimentés, de se méfier et de savoir qu'il est temps de s'arrêter dans l'administration de la substance analgésiante.

Les tracés ci-après, obtenus avec des cœurs de grenouilles, permettent de juger l'action de l'eucaïne et de la comparer à celle exercée par la cocaïne.

On peut observer chez l'homme, sous l'influence de l'eucaïne, un ralentissement très notable du pouls qui, chez un des malades de M. Hernette, est tombé de 76 pulsations à 48. Par contre, jamais on n'a observé de syncope, même quand le malade restait dans la station verticale.

A l'hypérémie très forte des tissus injectés, il faut joindre une baisse notable de pression dans la grande cir-

(1) Hernette. — L'eucaïne, contribution à l'étude de son action physiologique. De son emploi comme anesthésique local en chirurgie. Thèse de Paris, février 1897.

culation, cas qui détermine chez le sujet une tendance marquée à l'état lipothymique.

J'insiste ici à dessein sur l'action vaso-dilatatrice parce que nous allons voir tout à l'heure que l'eucaïne B, qui a remplacé l'eucaïne A dans la pratique thérapeutique, est également vaso-dilatatrice et, par conséquent, je n'aurai pas à y revenir quand j'en parlerai. On a voulu faire de cette action vaso-dilatatrice un avantage en faisant ressortir que, grâce à elle, les muqueuses ne se rétractaient pas ; que, dans les applications à l'ophtalmologie, les vaisseaux oculaires étaient dilatés et plus visibles ; mais il faut compter avec ce fait que je vous signalais tout à l'heure et que M. Reclus a bien mis en lumière, c'est que dès qu'une incision était faite dans un tissu analgésié par l'eucaïne la plaie était voilée par une nappe de sang ; que, dans les cas où on l'employait en ophtalmologie, une cuisson assez violente persistait pendant un temps assez considérable après l'instillation. Enfin, dans un assez grand nombre de circonstances on a noté une irritation notable de la conjonctive. Ces faits ont été relevés dans ce cas, non seulement par M. Reclus, mais par M. Panas, par Silex (de Berlin) et par Best (de Giessen). Les avantages, s'il y en a, sont donc largement compensés par les inconvénients.

C'est alors que, s'ingéniant à diminuer le nombre des groupes méthyliques qui semblait faire de l'eucaïne A une substance par trop convulsivante, on a cherché à réduire le nombre de ces substitutions de méthyl, et que l'on est arrivé à l'eucaïne B, c'est-à-dire à cette base dérivée de la vinyldiacétonamine, base qui tient à la fois, tant au point de vue de sa constitution chimique que de ses propriétés physiologiques, de la cocaïne d'une part, et de la tropacocaïne d'autre part. Il semble que sa parenté avec la tropacocaïne adoucisse l'action toxique de l'eucaïne A, surtout son action convulsivante. L'eucaïne B a été lancée par Schoring en février 1897 et expérimentée aussitôt avec succès par M. Gaetano Vinci à Berlin. Elle a pour formule brute $C^{15}H^{21}AzO^{2}$.

Cette eucaïne B, comme l'eucaïne A, est stable à l'ébullition ; on peut en stériliser les solutions. Mais un avantage plus réel de l'eucaïne B, c'est qu'elle est moins toxique et beaucoup moins irritante que l'eucaïne A et même, dans une certaine mesure, que la cocaïne. La solubilité de son chlorhydrate est assez faible ; elle est cependant de 5 0/0 et, par conséquent, elle est plus que suffisante pour les opérations chirurgicales.

Sa toxicité est beaucoup moindre que celle de la cocaïne et que celle de l'eucaïne A. Mis en éveil, — car il s'était élevé entre M. Vinci, le promoteur à Berlin de l'eucaïne A, et moi, une discussion au sujet du pouvoir toxique de cette eucaïne, — mis probablement en défiance par les faits que j'avais avancés et soutenus, parce qu'ils étaient basés sur des résultats expérimentaux, les promoteurs de l'eucaïne ont exagéré, dans une assez notable mesure, l'action toxique de l'eucaïne B, c'est-à-dire qu'ils ont fait l'eucaïne B plus toxique qu'elle n'est en réalité. Lorsque nous avons entrepris en 1897 l'étude de l'eucaïne B, nous avons eu encore à corriger les chiffres des auteurs allemands, mais cette fois, au lieu de les corriger en moins, nous les avons corrigés en plus. Ainsi on avait donné la toxicité de l'eucaïne B comme sensiblement moitié de celle de l'eucaïne A, et à peu près la même, c'est-à-dire moitié encore, de celle de la cocaïne. Les chiffres exacts sont les suivants : le rapport est de 1 à 3, en ce qui concerne l'eucaïne A ; et de 1 à 3 75 en ce qui concerne la cocaïne. En d'autres termes, l'eucaïne B serait trois fois moins toxique que l'eucaïne A et près de quatre fois moins toxique que la cocaïne. Par kilogramme de cobaye, par exemple, la dose toxique serait de 8 centigrammes pour la cocaïne, de 10 centigrammes pour l'eucaïne A et de 30 centigrammes pour l'eucaïne B. Si vous voulez prendre en considération que l'eucaïne B est sensiblement moins énergiquement analgésique que la cocaïne, vous pourrez en conclure que, malgré cette différence, la dose capable d'amener des accidents toxiques est notablement inférieure à celle de la cocaïne.

Les phénomènes toxiques ressemblent de très près à ceux de la cocaïne ; les convulsions semblent plus violentes, de même que l'hyperexcitabilité réflexe. A mon avis, cela doit être en rapport avec les substitutions du groupe méthyl dont je parlais précédemment.

Lorsqu'on injecte à un animal, à un cobaye par exemple, une quantité d'eucaïne B capable de déterminer chez lui des accidents toxiques, on voit se produire des mouvements ambulatoires désordonnés qui rappellent ceux que détermine l'eucaïne A ; puis, tout d'un coup, après une période de repos pendant laquelle la respiration est rapide et plus ou moins dyspnéique, on voit, subitement, l'animal pris de convulsions cloniques et finalement toniques, débutant par la tête, et qui envahissent rapidement tout le corps. Lorsque la dose est mortelle, la mort arrive par syncope cardiopulmonaire. On a observé également des effets tardifs quand on administre des doses toxiques, comme ceux que je vous ai signalés à propos de la cocaïne. Enfin les convulsions sont excitées par la provocation des réflexes ; elles sont même plus facilement excitables qu'avec la cocaïne : ce fait est toujours en rapport, à mon avis, avec les substitutions de groupes méthyliques.

Dans certaines circonstances, on peut voir que les phénomènes toxiques consistent simplement en phénomènes de paralysie, lorsque l'animal est laissé extrêmement tranquille et qu'aucune cause extérieure ne vient à mettre en jeu chez lui l'hyperexcitabilité réflexe. Dans ce cas, on voit coïncider avec cette paralysie une anesthésie plus ou moins généralisée qui se rapproche beaucoup de celle qu'on peut observer avec la cocaïne dans des circonstances analogues.

Quoi qu'il en soit, l'action vasodilatatrice est toujours très gênante en chirurgie générale ; et, à ce point de vue, l'eucaïne n'aura jamais le pas sur la cocaïne. De plus, son pouvoir anesthésique est légèrement inférieur à celui de la cocaïne, bien qu'on en ait dit. Enfin, l'injection en est toujours douloureuse, et laisse après l'opération une sensation pénible et même douloureuse qui persiste pendant un certain temps.

Cependant l'eucaïne B présente de réels avantages dans certaines circonstances, et notamment en stomatologie. Je ne reviens pas sur ceux que je signalais tout à l'heure, de la fixité à l'ébullition et de la stabilité de la solution, ce qui fait qu'on peut chauffer et garder la solution de chlorhydrate d'eucaïne pendant un temps assez considérable, alors que les solutions de chlorhydrate de cocaïne se décomposent très rapidement et ne peuvent se conserver ni se chauffer sans devenir inertes. La toxicité moindre constitue également un sérieux avantage. Mais au point de vue de l'emploi en stomatologie, la possibilité d'utiliser une solution d'eucaïne sur un malade assis et même debout, alors que, lorsqu'il s'agissait de cocaïne, il fallait coucher le malade, fait que cet analgésique est absolument recommandable dans ces circonstances. On emploie pour cela des solutions à 2 0/0 ; et on injecte, en plusieurs fois, un centimètre cube, c'est-à-dire environ 2 centigrammes d'eucaïne : cela suffit largement à pratiquer l'extraction d'une grosse molaire. On peut, sans inconvénient, injecter 4, 5, 6 centigrammes même à la rigueur, en disséminant les injections ; et alors vous concevez que, dans ces conditions, on puisse arriver à réaliser une anesthésie largement suffisante pour les opérations, même les plus importantes, qu'on ait à faire en stomatologie.

L'action vasodilatatrice de l'eucaïne constitue, comme je le disais tout à l'heure, un des principaux désavantages et un obstacle à son emploi. Aussi est-ce une très heureuse idée qu'a eue M. Legrand de chercher à lutter contre cette action vasodilatatrice, ou sinon à lutter contre elle, du moins à la réduire à néant en empêchant l'afflux du sang à la surface des plaies. Il a eu l'idée ingénieuse d'employer pour cela une solution de gélatine qui agit comme substance hémostatique ; et il a donné la formule d'une solution qui permet d'utiliser l'eucaïne et qui y associe en même temps la cocaïne, de façon à déterminer une légère action vasoconstrictive et à produire une action analgé-

siante largement suffisante pour toute sorte d'opérations. Cette formule est la suivante :

Gélatine	2 grammes.
Chlorure de sodium . . .	0 gr. 70 centigr.
Phénol neigeux	0 gr. 10 —
Chlorhydrate d'eucaine . .	0 gr. 70 —
Chlorhydrate de cocaïne .	0 gr. 30 —
Eau distillée	Q. S. pour 100 centimètres cubes.

On peut conserver indéfiniment, dans des tubes scellés, de petites provisions de cette solution après l'avoir au préalable stérilisée à l'autoclave; et la présence de la gélatine, loin d'être un inconvénient, constitue un avantage, en ce sens que c'est un témoin de la parfaite conservation, c'est-à-dire de l'état stérile du mélange. A la température ordinaire, cette solution forme une substance gélatineuse tremblotante qui devient liquide lorsque la température s'élève à 20 ou 22° ; et la limpidité du mélange contenu dans le tube est un témoin de sa parfaite conservation : s'il venait à être envahi par une bactérie quelconque, le liquide gélatineux prendrait une teinte plus foncée, se troublerait, pourrait même devenir plus ou moins complètement fluide et exhaler une odeur infecte. On a donc là un excellent moyen de savoir si le mélange a conservé toutes ses propriétés.

Ce mélange présente un certain nombre d'avantages. D'abord il jouit d'un pouvoir anesthésique élevé ; il permet de réaliser une anesthésie tout à fait localisée, parce que la gélatine maintient la diffusion au minimum ; l'absorption est également réduite à son minimum de lenteur, toujours à cause de la présence de la gélatine, et il en résulte que les effets généraux dus à la diffusion ne peuvent se produire.

Les propriétés hémostatiques se manifestent d'une façon rapide et persistante; on n'a pas à craindre de déterminer des accidents d'infection, puisque la préparation est stérile quand on l'emploie; elle n'apporte pas de retard dans la cicatrisation des plaies, et son emploi en stomatologie est remarquable chez les hémophiles, chez lesquels on peut réaliser à son aise des operations sanglantes qu'on aurait de la peine à pratiquer sans cela, et auxquelles il faudrait même renoncer parfois. Enfin, elle offre l'avantage de permettre d'opérer les malades, soit assis, soit debout.

Vous voyez, Messieurs, qu'en somme cette eucaine B présente certains avantages sur la cocaine; mais que, dans un assez grand nombre de cas, il faut adopter l'opinion de M. Reclus affirmant qu'il n'y a que la cocaine et qu'il s'en servira toujours. Et il a raison de le dire, car lorsqu'on manie la cocaine avec sa maestria, on n'a pas besoin d'autre chose ; cependant, je crois que l'eucaïne B, et surtout le mélange de l'eucaine B avec la cocaine et la gélatine, sont appelés à rendre de très grands services. C'est la raison pour laquelle j'ai cru devoir m'étendre un peu longuement sur les eucaïnes, leur constitution chimique, leurs analogies, et leur action physiologique et médicamenteuse. *(A suivre.)*

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hopitaux et hospices.* — Le Concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 12 juin 1899, à midi précis dans l'Amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les Internes sont prevenus qu'en execution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce Concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de 11 heures à 3 heures, du lundi 15 mai au samedi 27 du même mois inclusivement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les classes spéciales pour les enfants arriérés.

Depuis de longues années, M. Bourneville insiste en vain en faveur de la création de classes spéciales pour les enfants arriérés. Tout le monde sait qu'à l'école communale, l'instituteur s'intéresse surtout, ce qui est bien naturel de sa part, aux enfants intelligents qui lui assurent la satisfaction de progrès rapides, et que les moins intelligents, qui cependant demanderaient de la part du maitre plus de sollicitude, sont souvent négligés. Toute une catégorie d'enfants instables ou arriérés, qui sont une cause de trouble ou un mauvais exemple pour leurs camarades, sont bannis de l'école.

Comme souvent ils ne sont pas assez malades pour être admis dans les asiles et que ces derniers, notamment à Paris, sont insuffisants, ces enfants, dont l'éducation aurait besoin d'être tout particulièrement surveillée, restent dans leurs familles. Ils constituent pour leurs parents une lourde charge et souvent un danger, vagabondent dans les rues et fournissent un contingent important à l'armée du vice et du crime sans cesse grossissante. Il faudrait organiser pour ces enfants indisciplinés et arriérés des classes spéciales dirigées par des instituteurs spéciaux, capables d'appliquer à leurs élèves le traitement médico-pédagogique qui donne de si brillants succès dans les asiles. De nombreuses villes d'Allemagne, d'Angleterre, d'Italie, ont compris cette nécessité et créé ces classes spéciales qui y fonctionnent régulièrement.

En France les réformes se font plus lentement, même quand leur application est facile et pratique. La proposition de M. Bourneville a été bien accueillie par la délégation cantonale du V[e] arrondissement, elle a été approuvée par la Commission de surveillance des asiles d'aliénés du département de la Seine qui a émis un vœu favorable dès 1896; la 3[e] Commission du Conseil général de la Seine en a été saisie (1), mais rien encore ne laisse espérer que cette création utile soit sur le point de recevoir un commencement de réalisation. Nos voisins de Belgique savent plus rapidement mettre à profit les progrès qu'on leur fait entrevoir, et nous recevons d'Anvers les renseignements suivants que nous sommes heureux de publier :

Avec l'appui autorisé du D[r] Desguin, président de l'Académie de Médecine et échevin de l'instruction publique à Anvers, il vient de se constituer dans cette ville un service de pédologie, annexé aux écoles primaires et dirigé par un ancien instituteur qui depuis plus de quatre ans se livre à des recherches sur l'activité générale de l'enfance, le D[r] Schuyten.

L'étude de l'enfant normal se fait dans toutes les écoles de la ville, grâce aux pouvoirs très étendus et à la liberté que le nouveau service a obtenus dans ce but; l'étude plus spéciale des arriérés et des anormaux se fait au laboratoire de pédologie dont l'outillage et la bibliothèque seront particulièrement soignés. Les résultats de ces examens spéciaux sont communiqués aux intéressés, tant à la famille qu'à l'instituteur, en attendant qu'une école soit créée pour les arriérés, tel qu'il en existe à Bruxelles et dans les grandes villes de l'Angleterre et de l'Allemagne.

Nous donnerons ultérieurement des renseignements plus précis sur l'organisation et les résultats de cette institution à laquelle collaborent les D[rs] Ley et Sano.

J. NOIR.

---

(1) Voir *Progrès médical*. 25 juin 1897

Décret accordant la franchise au directeur de l'Assistance publique pour la correspondance qui lui est adressée du département de la Seine.

En décembre 1879, dans notre rapport sur le projet de budget de l'Assistance publique pour 1880, nous avons appelé l'attention sur la franchise postale en faveur de l'administration de l'Assistance publique, et fait voter par le Conseil municipal le vœu suivant :

« Le Conseil s'associe, en outre, au vœu émis par le Conseil e surveillance de l'Administration de l'Assistance publique, à l'effet d'obtenir, au profit de cette administration, de M. le Ministre des postes et télégraphes, la franchise pour toutes les lettres et avis quelconques qu'elle adresse ou qui lui sont adressés, ou tout au moins qu'on revienne à l'ancienne tolérance qui consistait à ne frapper que du droit d'*un centime les avis imprimés* mis *sous bandes* et du droit de cinq centimes les lettres d'avis de retrait de mandats.

Nous avons fait renouveler ce vœu en décembre 1880, à la fin de notre rapport sur le budget de 1881 et en maintes autres circonstances nous sommes intervenu auprès de l'administration supérieure pour amener la réalisation de ce vœu. D'autres, après nous, ont persisté dans cette réclamation, et grâce aux efforts communs, la franchise postale vient d'être accordée au directeur de l'Assistance publique par le décret suivant :

Le Président de la République française, vu le décret du 17 novembre 1844 sur les franchises postales; sur le rapport du Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes,

Décrète : Art. 1er. Le directeur de l'Administration de l'Assistance publique de Paris est autorisé à recevoir en franchise, sans condition de contre-seing, la correspondance relative au service de son Administration qui lui est adressée des localités situées dans le département de la Seine.

Art. 2. Le Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal Officiel* et au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 18 mars 1899. Emile LOUBET.

Par le Président de la République. *Le Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes*, Paul DELOMBRE.

C'est avec satisfaction que nous portons ce décret à la connaissance de nos lecteurs qui pourront en bénéficier et en faire bénéficier les malheureux qui s'adressent à eux.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 avril 1899. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. HAYEM préconise, pour *dénombrer les globules du sang* et surtout les hématoblastes si fragiles, l'emploi du liquide suivant :

Eau distillée.	200 grammes.
Chlorure de sodium. . .	7 —
Sulfate de sodium. . . .	5
Solution iodo-iodurée. . .	3 à 4 cc.

Cette dernière solution est ainsi formulée :

Eau distillée.	500 grammes.
Iodure de potassium. . .	50 —
Iode métallique en excès.	Q. S.

M. CH. RICHET a étudié la toxicité du *thallium*. Il faut un gramme de thallium pour tuer un kilogramme d'animal, en injection intra-veineuse: par la voie sous-cutanée, l'empoisonnement est chronique et détermine l'atrophie musculaire. Comme le plomb, le thallium produit rapidement de la kératite; enfin le thallium diminue la fermentation lactique à petites doses.

M. BOUCHARD remarque que le menthol donne aussi des lésions de la cornée.

MM. GILBERT et CASTAIGNE ont étudié la *cellule hépatique* et son fonctionnement chez 6 *chlorotiques*. Chez deux malades, le chimisme hépatique est resté normal; chez les 4 autres, il y avait insuffisance hépatique (urobilinurie, indicanurie, hypoazoturie, glycosurie alimentaire, élimination intermittente de bleu de méthylène). C'est probablement par l'irrigation défectueuse du foie par le sang altéré que cette insuffisance peut se produire, de même que chez ces mêmes malades, les glandes gastriques sont si souvent au-dessous de leur fonction.

MM. GILBERT et CASTAIGNE ont observé, chez un malade atteint de cirrhose hypertrophique alcoolique avec ictère hémaphéique, la présence dans le sérum sanguin de pigments biliaires anormaux non décelables dans l'urine. Cet état signalé par M. Hayem est sans doute fréquent et sera retrouvé en examinant concurremment le sérum et l'urine chez les ictériques. Il semble que l'*acholurie* est due à un défaut de perméabilité rénale, et que l'*ictère acholurique* mérite une place dans l'étude des ictères.

M. THIERCELIN a étudié un *microbe saprophyte* qui se trouve à côté du bactérium coli, et qui peut devenir virulent et pathogénique. A l'état saprophyte, ce diplocoque est difficilement isolable, mais à l'état virulent il s'isole et se cultive facilement. Virulent pour la souris, moins pour le lapin, il ne l'est pas pour le cobaye; il se rapproche du méningocoque, et l'auteur l'appelle *entérocoque* ; c'est le microbe pathogène de l'entérite muco-membraneuse aiguë de l'enfant et de l'adulte; il joue un rôle important dans l'appendicite dont il est le premier facteur.

M. CHIPAULT a depuis cinq ans obtenu, par l'élongation des nerfs plantaires, de très bons résultats pour le mal perforant; il propose ce traitement pour l'ulcère variqueux, l'action étant due à la suractivité proliférante des tissus après l'élongation nerveuse. Le premier temps consiste à élonger le nerf sur le territoire duquel se trouve l'ulcère, ni trop loin, ni trop près, à cause de l'infection des parties qui avoisinent l'ulcère. Ces nerfs sont : le saphène interne, soit à l'anneau, soit à la partie supérieure de la jambe; le sciatique poplité, soit à la tête péronière, soit à la bifurcation et alors limitée au musculo-cutané; le saphène externe. Les nerfs sont très friables chez les variqueux; il faut les élonger, non les rompre.

Le deuxième temps varie : pour les grands ulcères à surface sanieuse avec lésions étendues dermo-épidermiques, il faut faire un curettage de la plaie et transformer celle-ci en surface eruente aussi saine que possible; ou les comprendre dans un long lambeau fusiforme de peau que l'on enlève, créant une perte de substance que l'on poursuit jusqu'à l'aponévrose, dont on hémostasie les lèvres au catgut, et dont on rapproche les lèvres avec des fils de soie transversaux ; ce temps doit être accompli lentement, car l'élasticité considérable de la peau est lente, et on obtient en quelques minutes l'occlusion de plaies relativement considérables, et réunion par première intention.

M. LAVERAN expose un procédé pour la coloration des *hématozoaires endoglobulaires*.

M. BROCA explique que les astigmates voient nettement, le muscle ciliaire ne se contracte que partiellement suivant les nécessités.

M. ROUSSY présente un appareil pour maintenir ouverte la bouche des grands animaux.

Le *prix Godard* est décerné à M. VIDAL (de Périgueux).

E. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 avril 1899. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER

Le rhumatisme sacro-iliaque.

M. GALLIARD. — La douleur spontanée et provoquée seule est le symptôme principal du rhumatisme de l'articulation sacro-iliaque qui est souvent méconnu. Le lumbago, le rhumatisme des muscles fessiers, la névralgie sciatique, etc., sont

souvent confondus avec lui. M. Gaillard a observé une fois ce rhumatisme aigu et fébrile chez un malade atteint de méningite pneumococcique sans pneumonie. Chez un autre malade, le rhumatisme sacro-iliaque survint à la suite d'une fièvre typhoïde et détermina en outre des douleurs le long de la colonne vertébrale qui auraient pu faire croire à une méningite spinale. Dans un autre cas, l'articulation sacro-iliaque fut atteinte de rhumatisme blennorrhagique compliqué de névralgies crurale et sciatique.

La question de l'alcoolisme.

M. DEBOVE demande la nomination d'une commission pour permettre une discussion approfondie sur les mesures que peut prendre la Société en vue de lutter à l'hôpital contre l'alcoolisme.

M. CHAUFFARD pense qu'il ne faut pas borner cette action à l'hôpital, que partout les médecins des hôpitaux doivent user de leur influence pour combattre l'alcoolisme.

Une discussion s'engage où prennent part MM. Debove, Gouraud, Jacquet, Chauffard, etc., sur les travaux que devra entreprendre cette commission. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 avril 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement de la tuberculose testiculaire.

M. BERGER fait sur ce sujet une importante communication dont voici les conclusions principales : 1° Dans les tuberculoses au début, la castration doit être pratiquée quand les lésions sont en voie d'accroissement et quand elles sont encore limitées à une des moitiés de l'appareil génital ; 2° l'opération n'est pas contre-indiquée, si les lésions s'étendent au canal déférent et même aux vésicules séminales ; 3° il faut réséquer le canal déférent, même quand il paraît indemne ; 4° en cas de lésions de la vésicule séminale, on peut réséquer celle-ci par la voie inguinale, soit mieux par la voie périnéale ; l'opération est indiquée, malgré la tuberculisation d'autres organes, à moins que l'état général du sujet ne s'y oppose.

Statistique opératoire du service de gynécologie de l'hôpital Broca.

M. POZZI présente la statistique globale des opérations pratiquées dans son service durant ces neuf dernières années (1890-1899). Le total est de 1.910, avec 1.813 guérisons et 97 morts. Le total des laparotomies est de 799, avec 742 guérisons et 57 morts. Les hystérectomies vaginales ont donné les résultats suivants : 38 opérations pour épithélioma avec 31 guérisons et 7 morts ; 64 opérations pour corps fibreux avec 60 guérisons et 4 morts ; 87 opérations pour lésions suppurées avec 76 guérisons et 11 morts ; 84 opérations pour lésions inflammatoires et non suppurées avec 76 guérisons et 8 morts.

Nouveau procédé de craniectomie.

M. TUFFIER a pratiqué, il y a deux mois, deux opérations de craniectomie, dont le résultat est parfait au point de vue opératoire et thérapeutique. Afin de rendre définitive et permanente la décompression cérébrale, qui résulte de l'ouverture faite au crâne, M. Tuffier a, sur les conseils de M. Berezowski, de Moscou, eu recours à un procédé que ce dernier a expérimenté sur le lapin. Ce procédé consiste à éverser la dure-mère et à la suturer au périoste tout autour de la résection osseuse. On a ainsi une surface osseuse bordée de tous côtés par la face externe de la dure-mère éversée. Cela évite au cerveau le contact des bords osseux irréguliers et irritants, en même temps qu'on obtient un orifice souple, formant une soupape de sûreté durable et extensible.

P. RELLAY.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

7e SESSION (6, 7 ET 8 AVRIL 1899).

Considération sur le traitement général de la septicémie puerpérale.

M. MACÉ. — L'infection généralisée a été traité de façons très diverses, suivant les pays et suivant les époques, les antithermiques ont trouvé dans Mundé un partisan fervent. La réfrigération est née en Amérique avec Playfair, en Allemagne avec Oleshausen, d'abord sous forme de lotions (drap mouillé), puis sous forme de bains toutes les 2 ou 3 heures, à des températures descendant jusqu'à 25°. L'insuffisance des résultats obtenus par les injections des sérums de Marmoreck ou de Roger a conduit les accoucheurs à essayer de nouveau ce traitement physique. M. Macé y a été amené à la suite d'un succès obtenu dans un cas très grave de sa clientèle. Mais pour lui, il y a des contre-indications qui ne sont pas constituées seulement par la péritonite et la phleguration, comme l'avait établi Stoltz, mais encore par le mauvais état du cœur (asthénie cardiaque et myocardite).

M. FOCHIER déclare que la réfrigération est tout autre chose qu'un antithermique : c'est un moyen excellent de relever les grandes fonctions cardiaque et rénale spécialement. A l'inverse de M. Macé, M. Fochier n'emploie cette méthode que quand le cœur faiblit et les urines diminuent, il n'abaisse jamais la température des bains au delà de 22° et la règle suivant l'état de la fonction cardiaque. M. Fochier est d'ailleurs de plus en plus partisan de son traitement par les abcès de fixation, par les injections d'essence de térébenthine. Ces abcès suppurent dans l'ordre inverse de la date à laquelle ils ont été provoqués : ce qui indique que l'économie a besoin d'être renforcée avant de réagir.

M. CHARLES affirme également que le bain froid a surtout pour but de stimuler le cœur, le système nerveux et l'organisme tout entier. Quant au traitement antistreptococcique, il a été fortement ébranlé depuis qu'il est démontré qu'il existe plusieurs variétés de ce microbe et qu'il existe d'autres agents pathogènes de l'infection puerpérale.

M. DENYS (de Louvain) a différencié 16 variétés de streptocoques qui l'ont conduit à imaginer un sérum polyvalant qu'il injecte à dose massive (100 cc.).

M. HUBERT (de Louvain) a obtenu, à l'aide de cette méthode, 4 guérisons de cas considérés comme très graves.

Statistique des applications de forceps faites à la Clinique Tarnier, du 1er novembre 1894 au 31 mars 1899.

MM. DUBRISAY et THOYES rapportent 236 cas de forceps ayant donné 206 enfants vivants et 30 morts pendant une période de 53 mois. Quant à la mortalité maternelle, elle est de 2. Toutes les applications au niveau du détroit supérieur ont été faites en position oblique.

Statistique intégrale et détaillée de la Maternité de Pau, du 1er janvier 1897 au 31 décembre 1898, principalement au point de vue de la morbidité puerpérale, par M. FERRE (de Pau).

Utérus semi-septus unicervical avec vagin double.

M. BLONDEL présente l'observation d'une femme dont l'utérus était bicorne, la cloison médiane s'arrêtant dans le segment inférieur. Le col ne présentait aucune trace de bifidité, ni de cicatrice de cloison ancienne. Il semblait que le vagin primitivement était cloisonné dans toute son étendue, car il existait deux crêtes médianes, vestiges de la cloison qui aurait été déchirée au premier accouchement. Ce cas présente ceci de particulier que les canaux de Müller, restés indépendants au niveau de l'utérus et du vagin, se sont soudés en un seul point au niveau du col.

Les incisions cervicales au début de la dilatation chez les primipares.

M. FOCHIER ayant remarqué que, chez les primipares, il existe souvent un épaississement anormal du col, qui empêche la dilatation de se compléter, a pensé qu'on supprimerait sa résistance et qu'on hâterait sa dilatation, en pratiquant des sections de

5 millimètres sur l'orifice utérin au début de la période de dilatation quand le doigt peut être introduit dans le col. Ces sections ont été faites par lui dans vingt-quatre cas avec des ciseaux, guidés par deux doigts introduits dans le vagin, après constitution du segment inférieur. Il résulte de l'examen détaillé des faits cliniques apportés par M. Fochier, que la période de dilatation est diminuée par ces incisions qui dénouent pour ainsi dire les faisceaux musculaires du col dont la disposition rappelle ceux qui existent au niveau de la pointe du cœur. Cette méthode a l'avantage en racourcissant la période du travail, de diminuer les chances de la mortalité infantile.

MM. Keiffer et Charles craignent les abus de cette méthode et se demandent si parfois les incisions ne pourraient pas se prolonger en hauteur, comme une étoffe sur laquelle on a amorcé une déchirure.

M. Delore considère que cette méthode n'est indiquée que dans les cas où le travail présente une lenteur excessive.

M. Guéniot admet que ce procédé est excellent pour accélérer le travail, mais qu'il doit être réservé à la rigidité anatomique du col.

M. Doléris, se basant sur la structure conjonctive du museau de tanche, pense que l'incision pour être efficace ne devra pas seulement intéresser le bord libre du col, mais la portion qui constitue l'obstacle, c'est-à-dire la zone musculaire située plus haut. Pour lui, il faudrait inciser avec un bistouri boutonné le sphincter musculaire sans toucher au bord de l'utérus, pratique qui doit être limitée à certains cas pathologiques.

Utilité du traitement gynécologique dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

M. Audebert rapporte deux observations de malades chez lesquelles les vomissements cédèrent immédiatement après la réduction de la rétrodéviation de l'utérus gravide. Dans la deuxième observation, le col utérin scléreux fut d'abord dilaté avec une laminaire, puis pansé à la gaze ichtyolée. Dans les deux cas, les vomissements cessèrent aussitôt après réduction et les malades accouchèrent à terme.

M. Doléris considère qu'il est préférable dans ces cas de recourir d'emblée à la réduction de la rétrodéviation sans essayer d'agir sur le col.

M. Guéniot pense que la dilatation à l'aide de la laminaire peut être efficace, mais elle est dangereuse; le traitement des vomissements incoercibles comprend trois indications, car il faut agir sur l'utérus, sur la moelle épinière et sur l'estomac.

Loi utéro-fœto-placentaire

M. Fournier montre que l'adaptation entre le contenant (utérus) est le contenu (fœtus et placenta) est parfaite et que le placenta s'insère généralement sur toute la hauteur d'une des faces sur l'utérus. Cette insertion se fait aux extrémités de l'axe antéro-postérieur de l'utérus et du diamètre oblique droit du bassin. Le fœtus est en contact avec le placenta par un des plans latéraux et sa position se trouve déduite de celle du placenta.

M. Delore fait remarquer que, pour que cette loi ait un intérêt pratique, il faudrait pouvoir déterminer sur le vivant, la situation du placenta par l'auscultation et le palper ; ce qui n'est possible que dans quelques cas exceptionnels.

Extraction de l'arrière-faix après l'avortement, expression abdomino-vaginale de Budin.

M. Chavane rappelle que cette manœuvre, employée par M. Budin depuis 1895, dans l'avortement complet, pour expulser le placenta préalablement décollé, a donné entre ses mains de nombreux succès et n'exige aucune instrumentation. Il faut cependant chloroformer la malade jusqu'à résolution musculaire complète, pour que la main abdominale puisse arriver jusqu'au contact des deux doigts placés dans le cul-de-sac postérieur, de façon à chasser le placenta comme un noyau comprimé entre deux doigts.

M. Chavane rapporte un grand nombre d'observations dans dans lesquelles cette méthode a donné d'excellents résultats.

M. Demelin. — Ce mode de délivrance est surtout indiqué dans les cas de rétention très prolongée du placenta dans le canal cervical, car alors l'utérus épuisé n'est plus capable d'expulser l'arrière-faix.

M. Charles considère que le chloroforme n'est pas nécessaire.

M. Budin. — L'anesthésie n'est pas indispensable; mais est très utile, car elle relâche la paroi abdominale. Cette manœuvre doit être précédée d'un décollement complet du placenta et doit s'accompagner du redressement de la rétrodéviation utérine.

Couveuse et hygiène des nouveaux-nés.

M. Diffre présente une couveuse métallique en forme de jardinière qui présente de nombreux avantages pratiques. Elle se chauffe par une lampe à pétrole ou par le gaz, la chaleur étant transmise à de l'eau, qui est placée de telle façon que l'évaporation est presque nulle.

Présentation d'un monstre humain anencéphale sans fissure spinale et avec bifidité faciale.

M. Caracache a rapporté de la Turquie une pièce très remarquable, dont on connait pas d'autre exemple dans la science. L'accouchement avait été rendu difficile et avait nécessité une application de forceps à cause de la conformation de la tête. Ce monstre ne rentre pas dans les classifications de Geoffroy Saint-Hilaire, car il ne présente pas la fissure spinale qui caractérise les anencéphales. L'intérêt de cette pièce réside dans une fissure faciale très étendue, due à un arrêt de développement dans l'évolution du bourgeon fronto-nasal.

Etude sur la toxicité urinaire pendant la grossesse et les suites de couches normales.

MM. Labadie-Lagrave, Noé et Basset. — La méthode employée a été celle de M. Bouchard. L'expérimentation sur des cobayes en gestation a concordé avec les résultats obtenus sur les femmes enceintes. Pendant la grossesse normale, et également pendant la grossesse tubaire, les poisons diminuent de moitié dans l'urine. Cette variation de la toxicité urinaire peut être considérée comme un nouveau signe de grossesse, renforçant les symptômes de probabilité.

M. Charles considère que cette méthode peut conduire à élucider certains points de la pathogénie de l'éclampsie; mais le sang devra être également examiné.

Comparaison d'un accès d'urémie sans gravidité avec un état éclamptique chez la même personne à une année d'intervalle, par M. Favre.

Présentation de photographies microscopiques de caduque utéro-placentaire dans un cas d'endométrite déciduale.

MM. Fochier et Fabre ont constaté la présence de globules blancs en amas, infiltrés dans l'épaisseur de la caduque. Dans un grand nombre de ces globules blancs se trouvaient des diplocoques revêtant les caractères morphologiques du gonocoque.

M. Bar a vu souvent ces lésions dans les placentas provenant d'avortement. Il pense que ces amas cellulaires sont des foyers de dégénérescence avec prolifération nucléaire et mortification des cellules. Avec cette interprétation, les diplocoques trouvés par M. Fochier ne seraient que des débris nucléaires chargés de chromatine et se colorant très facilement sous l'influence des couleurs d'aniline.

Notes de physiologie et de pathologie de la grossesse pendant les jours qui correspondent à la période menstruelle.

M. Bossi (de Gênes) montre qu'on observe pendant la grossesse, aux époques qui correspondent à l'apparition des règles, un certain nombre de phénomènes rappelant ceux qui existent pendant la menstruation, en dehors de l'état de gravidité. L'ensemble de ces phénomènes constitue ce que M. Bossi appelle *crises périodiques mensuelles de la grossesse*, correspondant à une ovulation incomplète, comme le prouvent un certain nombre d'examens anatomiques.

Hématurie gravidique.

M. Treub (d'Amsterdam) rapporte une observation d'hématurie dans le cours d'une grossesse sans lésion rénale probable. Ce cas peut être rapproché de ceux qui ont été publiés antérieurement, mais en très petit nombre (Guyon, Bar, etc). Pour l'auteur, cette complication serait due à une hypérémie active ou passive, et le pronostic en serait réservé à cause de l'état anémique grave qui peut en être la conséquence.

Nouveau forceps à branches parallèles.

M. Demelin présente un forceps qu'il a fait construire à Lyon et dont les avantages sont réels. Le système de préhension est celui du forceps de Chassagny qui, au point de vue mécanique, assure une saisie parfaite de la tête. Le système de traction reste celui du forceps de Tarnier. Un autre avantage de ce nouvel instrument est de supprimer la manœuvre du décroisement dans les applications dans le diamètre oblique droit.

Applications de la kinésithérapie à l'obstétrique, par M. Stapfer.

Quelques recherches sur le placenta avec présentation de pièces sèches.

M. Delore conclut, de ses nombreuses recherches sur des placentas d'âge et de race différents, que la villosité est contenue dans une cavité dont la paroi est bien protégée, mais peut cependant livrer passage à des éléments morbides. Des microbes arrivant par le sang peuvent produire des thrombus. Enfin, on peut observer de la décidualité d'origine blennorragique, se transmettant par l'intermédiaire des membranes qui entourent la villosité.

Recherches sur le bassin du nouveau-né.

MM. Bouchacourt et Brindeau présentent 9 radiographies de bassins à l'état frais d'enfants nouveau-nés. Ils ont eu pour but d'éviter ainsi les erreurs dues à la malléabilité très grande dans la dissection et à la rétraction dans la dessiccation. Ils ont eu le profil de l'excavation en remplissant celle-ci de mercure qui, avec une pose un peu longue, est seul restée impénétrable aux rayons de Rœntgen.

(*A suivre.*) H. Chéron.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 17 avril 1899. — Présidence de M. Bouchereau.

Sur les mesures légales qu'il conviendrait de prendre pour combattre la morphinomanie.

M. Lutaud met en évidence combien il est difficile, avec les lois actuelles qui régissent le placement des aliénés en France, de traiter d'une façon efficace les morphinomanes dont l'internement est aussi utile que celui des dipsomanes ou des cocaïnomanes. D'où vient cette difficulté ? La morphinomanie a été comparée à juste titre à l'alcoolisme et en particulier à la dipsomanie. Mais si dans le fond les deux états psychiques, qui poussent les malades à s'intoxiquer et les mettent dans l'impossibilité de résister à leur impulsion, sont tout à fait comparables, les manifestations morbides produites par le toxique sur l'organisme et plus particulièrement sur l'état mental sont différentes. C'est de cette différence dans l'état morbide des malades que vient toute la difficulté. Le dipsomane en effet, sous l'empire de son intoxication, ne tarde pas à devenir un délirant dangereux pour lui-même ou pour les autres et par cela même tombe sous le coup de la loi qui permet son internement. Le morphinomane, bien que sa funeste habitude soit un véritable danger pour lui-même, ne présentera pas toujours des manifestations psychiques qui permettront son placement dans une maison d'aliénés. Dans la morphinomanie chronique on rencontrera quelquefois des délits, la plupart du temps un vol pour se procurer de la morphine, et encore ces cas sont-ils rares ; ou bien à l'habitude de la morphine se joindra celle de la cocaïne, les troubles mentaux peuvent alors apparaître ; impulsions, hallucinations, et de nouveau le malade devenant dangereux est susceptible d'être interné. Le morphinomane type ne peut donc, avec la légalisation actuelle, être séquestré, cependant, et, c'est l'avis de tous les médecins aliénistes, l'internement est le seul traitement susceptible d'amener une guérison complète. Quelles sont donc les mesures légales à prendre contre la morphinomanie ? Ne serait-il pas désirable, dit M. Lutaud, qu'on ajoute à la loi un paragraphe, se rattachant au placement volontaire, qui permette d'interner un morphinomane comme un dipsomane. De plus, l'article 8 de la loi de juin 1838 ne porte aucune indication sur les cas où les malades demandent eux-mêmes leur placement. Ne serait-il pas à souhaiter, puisque cette loi va être remaniée, que la Société émette un vœu pour que les malades éprouvent moins de difficultés à se faire interner? Ce serait d'une très grande utilité pour le traitement des aliénés en général et en particulier pour celui des morphinomanes.

M. Motet, *secrétaire général*, répond que, dans la nouvelle loi qui sera présentée aux chambres, l'aliéné aura la faculté de demander lui-même son placement. Comme M. Lutaud, M. Motet reconnait que les morphinomanes, sans être toujours des aliénés, ne sont susceptibles d'être guéris que par l'internement. Mais leur placement étant souvent très embarrassant, puisqu'ils ne tombent pas sous le coup de la loi de 1838, on recule la plupart du temps devant les ennuis et les difficultés que cela peut procurer. Il n'en est plus de même pour les cocaïnomanes, qui doivent être considérés comme de véritables aliénés, sujets à des impulsions et à des hallucinations qui les font interner d'office. Ils diffèrent des morphinomanes et des dipsomanes en ce qu'ils ne viendront jamais se placer eux-mêmes. M. Motet fait donc exception pour ces malades à qui ne s'appliquerait pas le paragraphe additionnel demandé par M. Lutaud et dont il reconnait la très grande utilité.

M. Socquet fait observer qu'il faudrait tout d'abord tâcher d'arrêter le nombre croissant des morphinomanes, en recommandant aux pharmaciens la sévérité la plus grande dans la délivrance de la morphine. Il cite, à ce sujet, l'histoire d'une jeune fille qu'il a été appelé à examiner. Cette malade avait pu se procurer, auprès d'un pharmacien, un gramme de morphine et 50 centigr. de cocaïne. Elle n'avait pas d'ordonnance, ce qui n'avait pas arrêté le pharmacien, mais elle avait donné une fausse adresse, d'où son arrestation... Pourquoi, se demande M. Socquet, ce pharmacien n'était-il pas à côté de l'accusée, car il est plus coupable qu'elle? Le pharmacien, en effet, ne devrait jamais délivrer de morphine ou de cocaïne sans ordonnance, cette sévérité aurait pour effet d'amener une petite diminution dans le nombre des morphinomanes.

M. Motet est de l'opinion de M. Socquet, il ajoute qu'il serait bon de renouveler un vœu pour que les pharmaciens ne délivrent pas de morphine ou de cocaïne sans ordonnance. Il rappelle l'observation d'une femme qui devait près de 1.800 fr. à son pharmacien pour achat de morphine. Ce dernier avait été poursuivi et condamné à 8 jours de prison et à payer l'internement de cette femme.

M. Bouchereau rappelle que les pharmaciens peuvent être eux-mêmes trompés par les malades, qui leur apportent une ordonnance avec une fausse signature.

M. Vallon termine la discussion en montrant que, malgré tout, on se heurte à la loi qui regarde les asiles comme *des maisons de force* où l'on n'enferme que les malades qui peuvent présenter quelques dangers pour la société; on n'y reçoit pas les autres. Les asiles, au contraire, devraient être regardés comme de véritables hôpitaux de malades, où l'on pourrait venir se placer sans difficulté. Ce serait à un point de vue général d'une très grande utilité pour le traitement des maladies mentales.

De la mort subite et suspecte par rupture spontanée de l'aorte.

M. Vallon communique à la Société un rapport médico-légal envoyé par M. Perrin de La Touche de Rennes. Dans un rapide historique l'auteur rappelle que ces cas de mort subite connus de Morgagni ne sont pas rares et qu'on peut en relever de nombreux cas dans la science. Broca, Pilliet, se sont occupés de l'anatomo-pathologie et de l'étiologie de la question. Tardieu, Legrand du Saulle, Lacassagne, Coutagne, sans toucher directement à ce sujet ont mis en évidence les cas de mort subite par rupture spontanée d'anévrisme de l'aorte. Enfin Vibert et Brouardel en ont édifié une nombreuse statis-

tique. Il rappelle que les causes occasionnelles sont la plupart du temps, une chute, un effort, une violente émotion qui amènent la déchirure spontanée du vaisseau.

Dans le cas qui fait l'objet du rapport présenté à la Société, il s'agit d'une femme qui, frappée au visage la veille au soir par son mari, rentré ivre chez lui, mourut subitement dans la nuit. Ce dernier trouva le lendemain matin le cadavre de sa femme étendu au pied du lit.

A l'*autopsie* on observe du côté droit de la face trois ecchymoses et une plaie contuse au niveau de l'aile du nez provenant vraisemblablement du coup reçu... Au côté gauche on relève au tiers externe du sourcil une ecchymose violacée, et au même niveau une ecchymose sous-conjonctivale. Sur les parties saillantes de ce même côté de la face on note des ecchymoses provenant de la chute de la tête sur le plancher. Au sommet du crâne épanchement sanguin dans le périoste, même épanchement au niveau du sternum. On ne trouve pas sur le corps d'autres traces de violences. Les artères cérébrales sont très athéromateuses et au niveau de la protubérance on trouve deux petits foyers ocreux de ramollissement. La cavité péricardique contient une notable quantité de liquide sanguin. A la partie postérieure de l'aorte ascendante, au-dessus des valvules on trouve une rupture aortique. Cette rupture présente deux branches avant la forme d'un T renversé : la branche horizontale mesure 5 mm., la branche verticale 3 mm. 5.

L'aorte examinée présente dans sa partie ascendante et dans la crosse des plaques athéromateuses, qui rendent le vaisseau d'une fragilité extrême. Au-dessus de la rupture jusqu'à la crosse aortique la tunique externe est complètement décollée par un épanchement sanguin. Au niveau du sinus que forme la séreuse péricardique, en se réfléchissant sur les gros vaisseaux, on trouve une petite éraillure présentant, lorsqu'on la regarde au jour, cinq ou six petits orifices par où a pénétré le sang dans le péricarde. Le cœur contient du sang liquide. Les valvules aortiques ont des lésions d'athérome. Rien à la valvule mitrale. Légère surcharge graisseuse du cœur, le myocarde est hypertrophié, à la coupe il présente une coloration chamois. A la face postérieure du cœur on relève une adhérence du péricarde sur une longueur de 1 1/2. Les reins se décortiquent mal.

M. Perrin de La Touche conclut à une mort subite, due à une déchirure de l'aorte, dont l'hémorragie aurait amené l'arrêt du cœur par compression. La déchirure du vaisseau se serait produite au moment du coup reçu, amenant chez cette femme une émotion morale très grande. Les lésions de la face observées sont légères et ne peuvent à elles seules avoir amené la mort.

La Société prend acte de la communication de M. Perrin de La Touche et la question des ruptures spontanées de l'aorte fera l'objet d'un rapport ultérieur. G. CARRIER.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séances des mois de mars et avril 1899.

PRÉSIDENCE DE MM. TRIPIER ET DOUMER.

M. LEDUC (de Nantes). — *La galvanisation cérébrale.* — Le cerveau est accessible au courant galvanique, à condition d'employer des électrodes de grande surface, qu'on appliquera ainsi : l'électrode indifférente sera placée sur le dos ou sur l'épigastre, l'électrode active sera fixée sur le front. On observe des effets polaires analogues à l'électrotonus des nerfs moteurs et sensoriels. La galvanisation négative détermine une augmentation de l'activité cérébrale, la galvanisation positive produit une diminution. La galvanisation cérébrale négative a pour action régulière et constante de dissiper les effets du surmenage intellectuel, elle fait disparaître la fatigue cérébrale, rend les idées plus claires, le travail plus facile. La galvanisation semble devoir être utile dans presque toutes les maladies cérébrales.

M. ANDRIEU (de Capdenac). — Note sur *le traitement par l'électricité des phénomènes douloureux de la phase prémonitoire de l'ataxie locomotrice progressive.*

M. GAIFFE présente un *appareil faradique à bobine oscillante* donnant des courants d'intervalle rythmiquement variable, système du Dr TRUCHOT, modèle Gaiffe et Cie. Ce nouveau modèle se compose d'un appareil d'induction à chariot à bobines mobiles mues par un système de mouvement alternatif commandé par un moteur électrique. Les courants induits sont envoyés au malade suivant un rythme qui permet d'obtenir des contractions sans fatiguer les muscles et en laissant un intervalle de repos entre chaque excitation. Un système de rhéostat permet de varier la fréquence du rythme et la puissance du courant à son maximum.

M. DRAULT présente une *machine statique genre Wimshurst* à quatre plateaux pour radiographie.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr CH. MIRALLIÉ (de Nantes).

XIII. — Des douleurs dorsales dans les névroses traumatiques: par SCHUSTER. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1898. n° 10).

XIII. — Sur 190 malades victimes de traumatisme, Schuster a trouvé 40 fois une douleur dorsale ou lombaire. Ces recherches ont porté sur trois catégories de malades : 1° les hypocondriaques, hystériques et neurasthéniques; 2° les malades atteints de maladie de Rummel; 3° un groupe d'affections fonctionnelles.

Chez les malades du premier groupe, la douleur dorsale n'occupe guère le premier plan; les malades peuvent fléchir la colonne vertébrale et gagner leur vie par leur travail.

Dans les cas de Rummel, il s'agit de malades victimes de traumatismes rachidiens; après quelques jours de repos ils peuvent reprendre leur travail; mais au bout de quelques semaines ou mois apparaîtront des douleurs dorsales et intercostales, des troubles de motilité des membres, une cyphose, et une sensibilité extrême à la pression.

Le troisième groupe comprend des malades qui avaient fait une chute ou reçu un traumatisme violent au dos. La douleur était le symptôme prédominant de leur état. A côté se montrent d'autres symptômes. La colonne vertébrale présente une raideur anormale; la lordose lombaire, et la cyphose thoracique s'effacent; le malade ne peut se plier qu'en fléchissant les genoux et les hanches; le malade marche à petits pas, a la colonne vertébrale raidie; beaucoup de malades portent un corset; jamais de gibbosité. La douleur à la pression n'est pas localisée à un point, mais s'étend à toute la colonne lombaire et au sacrum. Les muscles extenseurs du tissu sont contracturés. Cette forme morbide semble devoir être rapprochée de l'hystérie.

XIV. — Examen et expertise médico-légale des affections traumatiques du système nerveux; par SCHUSTER. (Karger, Berlin, 1899.)

XIV. — Schuster consacre une monographie très complète à cette question si délicate. Exposée avec beaucoup d'ordre, cette étude constitue un guide très sûr et très important pour le médecin légiste, et pour le praticien. Pour une analyse méthodique des symptômes, dont aucun n'est oublié, elle se recommande à l'attention. Il nous est impossible d'analyser une œuvre de cette nature qui demande à être lue ; nous nous contenterons d'en donner l'idée générale.

Après l'exposé de la législation allemande sur les assurances contre les accidents, l'auteur aborde la partie clinique de son travail.

L'anamnèse devra porter sur l'hérédité familiale du sujet sur ses antécédents personnels, syphilis, alcoolisme, intoxication; puis sur la description du traumatisme et ses suites immédiates. Puis on passe à l'examen proprement dit du malade : état général, état psychique (expression du visage, dépression, excitation) ; état intellectuel (intelligence, volonté, hallucination) ; examen de la tête et des nerfs cérébraux (stigmates de dégénérescence : examen des yeux, de la face, de la langue, de la parole, des sens); examen des membres supérieurs ; examen du dos ; examen des membres inférieurs ; état des réflexes ; état de la sensibilité ; examen électrique ; examen des organes internes. Douleurs, attaques convulsives, crampes, etc.

Un chapitre entier est consacré à l'étude de la simulation et aux moyens de la déjouer.

En suivant ponctuellement le plan tracé par l'auteur on arrive à rédiger un rapport comme ceux que Schuster propose pour modèles.

Présenté par le Pr Mendel, ce manuel, véritable séméiologie du système nerveux, guide sûrement le médecin dans l'examen du malade, l'empêche de faire aucun oubli, et rendra de signalés services au praticien et au médecin légiste.

XV. — Un cas de crampe de dactylographe (machine à écrire), consécutive à une crampe des écrivains et à d'autres névroses d'occupation; par Hampson Simpson. (*Birmingham Medical Review*, mars 1898.)

XV. — Cette observation est des plus intéressantes par la succession de plusieurs crampes professionnelles chez le même individu. H..., 53 ans, secrétaire, nerveux et syphilitique depuis 1891. A 18 ans il écrivait de sept à huit heures par jour. Au bout de sept ans il fut pris de crampe des écrivains. En 1889 il commence à se servir de la machine à écrire. En 1890 il apprend à jouer de la harpe, mais au bout de quelques mois, il souffre de pesanteur du bras droit; quand il écarte fortement les doigts pour pincer les cordes, la main tremble; le jeu des notes élevées par l'excès de flexion exagère le tremblement : il est obligé d'abandonner cet instrument. Depuis dix ans il jouait du piano et de la guitare. En 1892 il éprouve de la difficulté à jouer de ce dernier instrument; les arpèges provoquent des crampes spasmodiques et bientôt il est obligé d'abandonner ou de ne jouer qu'en râclant les cordes du dos de la main. En janvier 1897 il travaille deux à trois heures par jour à la machine à écrire; dès février 1897 apparaît une crampe de l'index puis du médius. La force musculaire est diminuée à droite.

L'auteur étudie minutieusement la façon dont cet homme tenait sa plume en écrivant, comment il se servait de la machine à écrire avec l'index de chaque main. Il en déduit le mécanisme de la contracture. Comme traitement, il avait conseillé au malade de frapper les touches de sa machine à écrire avec un marteau. Après un heureux résultat, la crampe apparaît de nouveau et frappe tout l'avant-bras, aussi le malade en est-il réduit à changer complètement de métier et à chercher une situation toute différente.

XVI. — Aphasie sensorielle; par Howell Penhing. (*Journ. of nervous and mental Diseases*, 1897.)

XVI. — Homme de 70 ans, attaque d'apoplexie : hémiplégie droite passagère; troubles de la parole persistants. Surdité verbale presque totale; parole spontanée loquace mais avec paraphasie. Acuité visuelle bonne; pas d'hémiopie; il ne comprend à la lecture ni l'imprimé, ni le manuscrit sauf son nom; paralexie dans la lecture à haute voix. Perte complète de l'écriture spontanée et sous dictée; copie facile bien qu'avec quelques fautes (redoublement ou substitution de lettres); il transcrit à peu près bien l'imprimé en manuscrit.

L'auteur rassemble des cas analogues qu'il a recueillis. Il s'efforce de séparer comme deux types distincts la surdité verbale (aphasie auditive) et la cécité verbale (aphasie visuelle).

XVII. — Electro-diagnostic et électrothérapie; par Toby Cohn. (Librairie Karger, Berlin, 1899.)

XVII. — Destiné aux praticiens et aux étudiants, ce livre est le résumé des leçons professées à la clinique du Pr Mendel qui le présente au public. Ecrit dans un style clair et précis, débarrassé des formules mathématiques, il contient tout ce qu'il est utile au médecin de connaître en électricité médicale.

La première partie est consacrée à l'électro-diagnostic. Après quelques pages consacrées à l'étude des appareils galvaniques et faradiques, l'auteur décrit les propriétés électriques normales des nerfs et des muscles et les lois qui les régissent, les caractères de la secousse musculaire, etc. Comment examiner l'état électrique d'un malade? Après des conseils généraux, Cohn étudie successivement les nerfs et les muscles de la face, du cou, des membres supérieurs, du tronc, des membres inférieurs. A ce chapitre de physiologie normale font suite naturellement les modifications de réaction des muscles et des nerfs et les diverses altérations pathologiques, qualitatives, quantitatives, réaction de dégénérescence, etc. Puis vient l'examen de la sensibilité électrique; les altérations de la résistance de conduction du corps humain.

La seconde partie traite de l'électrothérapie. A des généralités sur l'action du courant et le mécanisme de cette action, succède l'électrothérapie spéciale appliquée à l'étude des nerfs, des muscles, de la moelle, du cerveau, des affections fonctionnelles, des affections articulaires, des affections des organes internes.

Un appendice est consacré à la franklinisation.

Une table alphabétique des matières, très bien faite, permet de trouver immédiatement le renseignement désiré.

XVIII. — Poliomyélite antérieure chronique avec participation des racines postérieures et du cordon de Burdach; par P. Schuster. (*Neurologisches Centralblatt*, 1897.)

XVIII. — L'intérêt de ce cas réside surtout dans la rareté des faits de poliomyélite antérieure chronique : M..., 43 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires; la maladie débute en 1893 par de l'enrouement, qui aboutit progressivement à l'aphonie, avec paralysie des cordes vocales. En novembre 1894, parésie et atrophie du bras droit; peu à peu apparaissent des troubles de déglutition, une parésie du facial supérieur et inférieur des deux côtés, atrophie et paralysie de la langue, aphonie, parésie du bras droit et diminution de la sensibilité douloureuse dans la jambe et le bras droits. Les réflexes rotuliens sont exagérés, le réflexe tricipital est aboli au bras droit, normal à gauche Le pouls se maintient à 104 à la minute. Le diagnostic porté fut : gliose du bulbe et de la moelle cervicale. Le malade succomba à une affection pulmonaire aiguë. L'examen de la moelle pratiqué racine par racine depuis la cinquième sacrée, l'examen du bulbe en coupes sériées, l'examen des nerfs radial, cubital, médian droits, pneumogastriques droit et gauche, récurrents et sympathiques, a donné les résultats suivants :

Double lésion dans les racines extra-médullaires : affection récente circonscrite, greffée sur une affection diffuse de la moelle. Les racines antérieures de la partie sacrée inférieure jusqu'à la région dorsale inférieure montraient les deux lésions; la lésion circonscrite présentait son maximum à la région lombaire. Les racines postérieures de ces régions montraient les deux types de lésions mais surtout le premier, tandis que le second était beaucoup moins accentué que dans les racines antérieures. De la région dorsale inférieure au bulbe les racines antérieures présentaient surtout des lésions anciennes, qui atteignaient leur maximum sur les faisceaux radiculaires des bras. Ces lésions radiculaires sont sensiblement égales à droite et à gauche. Les cellules des cornes antérieures sont altérées à la partie sacrée supérieure et lombaire inférieure de la moelle. A la région dorsale inférieure et moyenne cette lésion est douteuse, tandis qu'elle devient manifeste à la région dorsale supérieure et cervicale inférieure. Aux sixième et septième dorsales, la dégénérescence des cordons de Burdach est douteuse, et visible seulement au Marchi. Dégénérescence manifeste du cordon de Burdach, surtout à droite, de la deuxième dorsale au noyau de Burdach. Atrophie considérable des noyaux des neuvième au douzième nerfs; lésions des racines extra et intra-médullaires de l'hypoglosse, des racines extra-médullaires (et intra-médullaires?) des neuvième au onzième nerfs. Disparitions du nucleus ambiguus. Des deux côtés lésion du genou, du facial et de la racine extra-médullaire; dégénérescence de la racine descendante de la cinquième paire et de sa racine intra-médullaire. Dégénérescence minima sur la racine de l'oculomoteur. Forte hypérémie partielle de la moelle; petite hémorragie sur le plancher du quatrième ventricule. Pas d'altération des méninges. Dégénérescence des nerfs radical, cubital, médian et vague. Dégénérescence totale des deux récurrents; dégénérescence graisseuse et multiplication des noyaux des muscles.

Dépots de mendicité. — Se referant a des jugements récents en matiere de mendicite, le conseil general a voté le principe de la création d'un depot de mendicité dans le département de la Seine-Intérieure

BIBLIOGRAPHIE

Guy's Hospital Reports, edited by E.-C. Perry and Jacobson, vol. LIII. (London, Churchill.)

Voici le sommaire des travaux contenus dans ce volume : *Notes sur le diagnostic*, par Pye-Smith ; — Cas d'épithélioma du cou, développé probablement dans les restes de l'une des fissures branchiales (carcinome branchio-génique de Volkmann). Deux opérations, guérison, disparition spontanée de la tumeur, par Jacobson et de Mesquita ; — Myélite et névrite optique, par Taylor ; — Signification étiologique du bacille de la diphtérie et ses variantes, par Salter ; — Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique (non perforé) avec un récit de trois cas dans lesquels l'opération a été pratiquée, par Hastings Gilford ; — Aperçu de quelques cas observés dans l'épidémie de fièvre typhoïde de Maidstone, par Brice Pool ; — Projection en avant des dents de la mâchoire supérieure, par Newland-Pedby ; — Sur l'efficacité fonctionnelle du testicule retenu dans l'abdomen, par Bellingham, Smith ; — De l'action du sérum normal, avec références spéciales à la possibilité de son emploi en injections sous-cutanées comme nourriture, par Alfred Salter.

Ce volume, illustré d'une planche, de figures et de nombreux tableaux, se termine par la liste des pièces ajoutées récemment au Musée anatomo-pathologique, la liste des étudiants de Guy's Hospital qui ont passé leurs examens en l'année 1896, etc. Cette énumération montre l'intérêt de ces rapports annuels. Il est bien regrettable que dans notre pays, et en particulier à Paris, il ne soit pas publié des recueils analogues. L'appel fait par M. Peyron, il y a quelques années, aux médecins, chirurgiens et accoucheurs de Paris ne paraît pas avoir donné jusqu'ici de résultats ; ce sont les mêmes médecins, chirurgiens et accoucheurs, et en très petit nombre, qui ont continué à publier la statistique de leurs services. B.

Twenty-tow years' experience in the treatment of cancerous and olher tumours. With an introduction on the increasing prevalence of cancer and the remedy for that increase; par Herbert Snow, M.-D. (London. Baillière-Tyndall, editor.)

M. Herbert Snow est chirurgien de l'hopital des cancéreux de Brompton depuis 1876. C'est dire qu'il a pu étudier tout à son aise les malades atteints de tumeurs. Dans l'introduction de son ouvrage l'auteur nous montre que le cancer est essentiellement une affection du monde civilisé. Elle prend journellement plus d'extension parmi les générations actuelles. C'est en Europe que le cancer compte son maximum de fréquence. Les organes les plus atteints sont justement ceux qui tombent sous le traitement chirurgical. Tout le monde reconnait que le cancer de ces organes est parfaitement curable par les méthodes de la chirurgie vraiment scientifique, employées dans certaines conditions.

L'ignorance populaire à l'égard de la chirurgie du cancer rend ces conditions difficiles dans quelques cas, mais le plus souvent la tâche est facile. Bon nombre de décès sont à mettre sur le compte de l'inexpérience de ceux qui font des opérations de cancer. Les malades de l'hôpital des cancéreux arrivent souvent après avoir subi déjà plusieurs opérations sans résultat.

Il faudrait remédier à l'ignorance populaire. Un des principes de l'éducation devrait être d'apprendre aux enfants les règles générales de l'hygiène. Les organes médicaux sont de cet avis d'ailleurs.

Dans chaque hôpital général attaché à une Ecole de médecine il existe un service spécial pour chacune de ces maladies qu'on a reconnu devoir soigner dans des hôpitaux spéciaux. Exception est faite pour le cancer et la tuberculose. Aussi n'a-t-on pas beaucoup plus de succès qu'il y a trente ans dans le traitement de la tuberculose et du cancer. Dès son entrée dans l'amphithéâtre l'étudiant considère le cancer comme une quantité négligeable. Pour lui la thérapeutique médicale est inutile, les opérations chirurgicales sont peu meilleures, il n'est donc pas nécessaire de s'en soucier.

Dans le monde médical on se ressent de cet esprit d'école. Le seul progrès pathologique a consisté à augmenter une terminologie suffisamment obscure plutôt qu'à établir des règles logiques ou quelque moyen de progrès réel.

Les quelques progrès chirurgicaux qui aient été faits résident dans quelques opérations héroïques en contraste choquant avec la marche connue et les symptômes de la maladie.

On a déjà pris des mesures pour l'étude spéciale de la gynécologie. Ces mesures ont été suivies en trente ans seulement du plus merveilleux progrès scientifique. Personne n'aurait douté que pareile mesure ne serait prise pour cette classe étendue et complexe d'affections cancéreuses. Il n'en n'a rien été ; il est donc grand temps de prendre des mesures sérieuses pour arrêter les ravages du cancer : modifier l'instruction médicale, faire l'éducation du public, changer l'organisation hospitalière.

Après avoir fait ces constatations, M. Herbert Snow fait une étude très approfondie des tumeurs en insistant surtout sur le cancer. A l'appui du traitement médical du cancer il relate quelques observations. Puis il passe aux procédés chirurgicaux en s'occupant successivement des cancers du sein, des lèvres, de la langue, etc. Ils revient ensuite a propos des lupus aux caustiques. Puis il dit quelques mots de l'électricité. Enfin il établit les relations qui existent entre les tumeurs bénignes et le cancer et termine par quelques remarques sur la microbiologie dans le cancer. A. May.

CORRESPONDANCE

La Prostitution à Genève.

Montreux (Hôtel-Pension Biensis), 11 avril 1899.

Monsieur et très honoré confrère.

En villégiature à Montreux où je passe ma convalescence après une grave maladie, je lis avec un vif intérêt l'étude remarquable que vous publiez dans le *Progrès médical* sur « la Prostitution en Suisse et particulièrement à Genève ». Dans votre dernier article (nº 14 du 8 courant, p. 211) vous avez l'obligeance de citer mon opinion, en disant qu'elle a été établie *précisément pour les maisons de Genève*. Il y a là une erreur ; je n'ai point d'autres renseignements sur les maisons de Genève que ceux qui sont donnés par M. le Dr Vincent. Je vous prierais en conséquence de bien vouloir rectifier cette erreur. L'opinion que j'ai exprimée, il y a déjà 22 ans (en 1877), a une portée beaucoup plus générale.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments très distingués. Dr Ladame.

La petite rectification que nous demande notre éminent confrère genevois, M. le Dr Ladame, n'infirme en rien les faits et les appréciations présentés par notre collaborateur dans ses articles. Nous conclurons même que ces chiffres, cités d'après les états du dispensaire de Genève, amèneraient aujourd'hui le Dr Ladame a appliquer, précisément à l'organisme actuel de la police des mœurs du canton, les appréciations générales que notre confrère émettait en 1877 sur la prostitution en maison tolérée, en s'appuyant alors sur les travaux de Parent-Duchatelet et de Sperk. B.

Congrès international de la Presse Médicale de 1900. — Le comité d'organisation de ce Congrès s'est réuni le 20 avril, à 4 heures du soir. Le bureau a été ainsi composé : M. Cornil, président ; MM. Lucas-Championnière et Laborde, vice-présidents ; M. Blondel, secrétaire-général ; M Cézilly, trésorier. Le Congrès de la Presse Médicale aura lieu les 27, 28 et 29 juillet 1900.

Hospices civils de Saint-Etienne (Loire). — La commission des hospices civils de Saint-Etienne (Loire), prévient qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon : 1° le lundi 23 octobre 1899, un concours public pour deux places de Médecin des hospices de Saint-Etienne ; 2° le lundi 6 novembre 1899, un concours public pour une place de Chirurgien des mêmes établissements. Ces concours auront lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, ils dureront 5 jours et se composeront de 5 épreuves. Les médecins et chirurgiens à nommer entreront en fonctions le 1er janvier 1900. Leur traitement est fixé à 2.000 francs par an. — S'adresser pour tous renseignements au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, nº 40.

VARIA

L'épuration des eaux.

L'épuration en grand des cours d'eau semble définitivement trouvée. La ville de Lille fait actuellement une expérience de stérilisation des eaux potables, que tous les hygiénistes do tous les pays suivent avec un grand intérêt. Cette expérience se poursuit depuis plusieurs mois avec un plein succès, à l'Institut Pasteur à Lille. Elle consiste à traiter les eaux en grande masse par l'*ozone*, d'après un procédé nouveau imaginé par deux jeunes savants, anciens élèves de l'Ecole normale supérieure, MM. Marmier et Abraham. On avait déjà proposé depuis longtemps d'employer l'ozone pour détruire les microbes de l'eau. Le baron Tindal, entre autres, avait installé, en 1895, à l'Exposition d'hygiène du Champ-de-Mars, un appareil fort ingénieux qui améliorait l'eau de Seine. Malheureusement, l'application en grand du système n'avait pu être réalisée, parce qu'il était très difficile de traiter économiquement et pratiquement de grandes quantités d'eau. (*Gazette médicale de Paris*, n° 15, 1899.)

La vaccination de la peste bovine à l'Institut Pasteur de Nhatrang, au Tonkin.

Le *Bulletin économique de l'Indo-Chine* du 1er février 1899 publie un très intéressant rapport de M. le Dr Yersin, directeur de l'Institut Pasteur de Nhatrang, où sont relatées les expériences sur la peste bovine. Cette maladie qui a déjà causé les plus grands dommages au Transwaal où Koch est allé l'étudier et la combattre, sévit au Tonkin et au Cambodge. MM. Fraimbault et Carré, dès 1897, s'attachèrent à améliorer la méthode de vaccination préconisée par Koch et à lui faire subir les modifications qu'exige le traitement d'une race de bétail différente. Ces savants ont obtenu les meilleurs résultats en injectant aux animaux une quantité suffisante de sérum d'un animal guéri depnis quinze jours ou trois semaines et en injectant ensuite une faible quantité du sang virulent d'un animal malade. Le bœuf traité contracte une maladie toujours bénigne et jouit de l'immunité. Les résultats ont été merveilleux : au bout de plusieurs mois, au Cambodge, la mortalité était nulle chez les animaux vaccinés et continuait chez les non vaccinés, et il faut hautement féliciter l'Institut Pasteur de Nhatrang d'avoir pu, avec de trop faibles ressources, contribuer aussi efficacement à la prospérité de notre belle colonie d'Indo-Chine. J. N.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies nerveuses et mentales, hypnotisme. — M. le Dr Bérillon, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, a commencé le mardi 18 avril, à 5 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.* — Il le continuera les samedis et mardis suivants à 5 heures.

Cours d'adultes de l'Institution Nationale des Sourds-Muets. — Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, vient d'autoriser la création de cours publics gratuits pour les sourds-muets adultes à l'Institution Nationale de Paris. Les cours d'articulation, de lecture sur les lèvres, de langue française, d'arithmétique, d'écriture, etc., commenceront à partir du 1er mai prochain. Ils seront faits plusieurs fois par semaine par MM. les Professeurs de l'Institution Nationale. Ils auront lieu le soir de 8 h. 1/2 à 10 heures. — A la fin de l'année des récompenses seront décernées aux élèves les plus meritants. — Les cartes d'admission sont délivrées dès aujourd'hui au Secrétariat de l'Institution Nationale des Sourds-Muets, 254, rue Saint-Jacques.

Cours municipal de pisciculture. — M. Jousset de Bellesme, directeur de l'Aquarium de la Ville de Paris, commencera ce cours le lundi 24 avril 1899, à 5 heures, à la mairie du Ier arrondissement (Saint-Germain-l'Auxerrois), et les continuera les lundi mercredi, vendredi, à la même heure. — *Objet du cours* : Poissons d'eau douce de la France ; mœurs, instincts, fonctions, hygiène et maladies; reproduction et culture du poisson; procédés pratiques de pisciculture; fécondation artificielle; appareils; repeuplement des cours d'eau et étangs; pêche fluviale; législation, usages alimentaires et industriels; approvisionnement du marché de Paris.

FORMULES

XLVII. — Injections opothérapiques surrénales dans la maladie d'Addison.

1° Capsules surrénales de cobaye		0 gr. 80 centigr.
Eau bouillie		10 grammes.
Chlorure de sodium	ââ	0 gr. 07 centigr.
Sulfate de soude		

Triturez et laissez macérer 24 heures, filtrez sur papier stérilisé. Injecter 2 à 5 centimètres cubes.

2° Capsules surrénales fragmentées	10 grammes.
A macérer 24 heures dans glycérine à 30°	10 —
Eau bouillie contenant 25 grammes de sel marin par litre	5 —

Laissez macérer une demi-heure, filtrez sur papier et stérilisez au moyen de l'acide carbonique sous pression.

Diluez une quantité égale d'eau bouillie pour l'usage hypodermique. (Maurange.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 9 avril au samedi 15 avril 1899, les naissances ont été au nombre de 1.136, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 380, illégitimes, 181. Total, 561. — *Sexe féminin* : légitimes, 403, illégitimes, 172. Total, 575.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 9 avril au samedi 15 avril 1899, les décès ont été au nombre de 1.127, savoir : 590 hommes et 537 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 3. T. 7. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 16, F. 13. T. 29. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 5, F. 6, T. 11. — Diphtérie. Croup : M. 1. F. 4, T. 5. — Grippe : M. 19, F. 22, T. 41. — Phtisie pulmonaire : M. 131, F. 76, T. 207. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 8, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 11, T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 25, F. 27, T. 52. — Méningite simple : M. 14, F. 16, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 21, F. 19, T. 40. — Paralysie, M. 4, F. 11, T. 15. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 33, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 6, T. 16. — Bronchite chronique : M. 24, F. 11, T. 35. — Broncho-pneumonie : M. 30, F. 30, T. 60. — Pneumonie : M. 29, F. 43, T. 72. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 34, T. 64. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 13, T. 30. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 5, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1. F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2. F. 1, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 14, F. 15, T. 29. — Sénilité : M. 8, F. 33, T. 41. — Suicides : M. 11, F. 5, T. 16. — Autres morts violentes : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres causes de mort : M. 82, F. 72, T. 154. — Causes restées inconnues : M. 16, F. 3, T. 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27, illégitimes, 15. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 15. Total : 41.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le Pr Alfred Fournier a repris le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 21 avril 1899, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — *Ordre du cours* : Les mardis, leçons au lit des malades ; les vendredis, leçons à l'Amphithéatre (10 heures). Les jeudis, à 10 heures, conférences complémentaires par MM. les chefs de laboratoire, chefs de clinique et anciens internes du service.

Exercices opératoires sous la direction de M. le Pr Terrier et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire. — M. Cuneo, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, a fait, à l'Ecole pratique, sa première démonstration le mardi 18 avril 1899, à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 3.

Opérations sur l'appareil urinaire. — M. Gosset, prosecteur, a commencé, à l'Ecole pratique, le lundi 17 avril, à 1 h. 1/2, sa première démonstration sur les opérations pratiquées sur l'appareil urinaire. Le nombre des élèves admis à chacun de ces cours est limité à 20. Sont seuls admis les docteurs en médecine français et

étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Opérations sur les os et les articulations..— M. FREDET, prosecteur, a commencé, à l'Ecole pratique, le mardi 18 avril, à 1 heure, sa premiere démonstration sur les opérations pratiquées sur les os et les articulations (trépanation, sutures osseuses, arthrotomie, etc.). Le nombre des élèves admis à chacun de ces cours est limité à 20. Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 15 mai 1899, à midi et demi, à la Faculté de Médecine de Paris. Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours jusqu'au samedi 6 mai inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1899; leur temps expirera le 1er octobre 1902.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 25 mai 1899, à midi et demi, à la Faculté de Médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 13 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1899; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1903.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Séance ordinaire le lundi 24 avril, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, n° 3. — *Ordre du jour* : 1° Rapport sur le travail de M. Orchousky, sur l'hérédité dans les familles malades et théorie générale de l'hérédité : M. Sollier; 2° anatomie pathologique et étiologie de la paralysie générale (*suite*); 3° communications diverses.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel de l'Internat en Médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 29 avril, à 7 h. 1/2, chez Marguery, sous la présidence de M. le Pr Dieulafoy.

CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Par arrêté du 7 avril, le Ministre de l'Instruction publique a déclaré vacante la chaire d'histoire de la Médecine et de la Chirurgie à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Mainguy, médecin aide-major de 1re classe au 35e régiment d'infanterie, est mis à la disposition du Ministre des Colonies pour être affecté à l'escadron de spahis soudanais. M. Mainguy sera mis hors cadres à dater du jour de son embarquement.

ECOLE NAVALE DE BORDEAUX. — M. le médecin de 1re classe Barrat, a été nommé après concours, pour cinq ans, à l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. le médecin de 1re classe Torel, attaché au port de Toulon.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine dont les noms suivent, savoir : M. Thibault, par permutation avec M. Lasserre, médecin stagiaire des colonies; M. Chapeyron. — A été nommé médecin auxiliaire des colonies M. Roubaud, docteur en médecine.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Castellan, médecin de 1re classe au port de Toulon, est désigné au douzième tour pour aller servir au 1er régiment d'infanterie de marine à Cherbourg, en remplacement de M. le Dr Percheron, décédé. — M. Noblet, médecin de 1re classe du port de Cherbourg, est désigné au premier tour pour aller servir à l'Ecole de pyrotechnie de Toulon, en remplacement de M. le Dr Martine, qui termine le 18 avril ses deux années de prévôté et qui sera affecté au port de Toulon. — M. Mialaret, médecin de 1re classe, qui termine le 22 avril ses deux années à la prévôté de l'île d'Oléron, et qui a été remplacé à ce poste par M. le Dr Ardebert, sera affecté au port de Rochefort. — M. le pharmacien de 1re classe Bourdon, professeur à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort et qui vient d'être promu au grade de pharmacien principal, est maintenu dans ses fonctions de professeur jusqu'à la clôture des cours et conférences de l'année scolaire 1898-1899, époque à laquelle il sera dirigé sur le port de Cherbourg où il est affecté, en remplacement de M. le pharmacien principal Pascalet, admis à la retraite. — M. le pharmacien de 2e classe Poudra, en service à l'hôpital de Saint-Mandrier, promu au grade de pharmacien de 1re classe, est affecté au port de Cherbourg où il remplacera M. le pharmacien de 1re classe Vignoli, qui passe, sur sa demande, au port de Toulon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr BONIN (de Paris). — M. le Dr TOUZELIN (de Paris). — M. le Dr BOSSET (de Limoges).

Chronique des Hôpitaux.

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr P. BUDIN : leçons de Clinique obstétricale (semestre d'été), les mardis et samedis à 10 heures. — Visite des malades tous les jours à 9 heures. — Un cours complet d'accouchement sera fait en trois mois, avec manœuvres opératoires, par MM. les Drs DÉMELIN, accoucheur des hôpitaux, et BRINDEAU. — Exercices de diagnostic : MM. les Drs CHAVANE, chef de Clinique, et MACÉ. — Exercices de laboratoire : MM. les Drs MICHEL et BRINDEAU. — M. le Dr GALIPPE, chef de laboratoire.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE a commencé le dimanche 16 avril, à 10 heures du matin et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques. A 10 heures : conférence de radiologie (les rayons de Rœntgen, moyens de production, modes d'emploi, applications du diagnostic médical); à 10 h. 1/2 : présentation et examen radioscopique des malades.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Conférence de radiographie et de radioscopie.* — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de la Charité, a repris ses conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche 9 avril à 10 h. 1/2 du matin. — Objet du cours : Instruments et appareils producteurs des rayons X. Technique de la radioscopie et de la radiographie. Applications à la chirurgie et à la médecine. — Le cours sera complet en dix conférences.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'appareil digestif* : MM. Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux et Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux : samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi à 10 heures du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL BEAUJON. — M. le Dr BAZY. Maladies des voies urinaires, lundis, jeudis, samedis.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr MAYGRIER, chef de service. Enseignement des stagiaires et des bénévoles. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le lundi. Mardi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçons cliniques à l'amphithéâtre. Conférences de M. le Dr Blondel, chef de laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ses leçons cliniques le jeudi 1er décembre 1898, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

ASILE DE VILLEJUIF. — *Clinique psychiatrique.* — Service de M. TOULOUSE. Le vendredi à 9 h. 1/2, visite dans les salles. Conférences cliniques au lit des malades. (Tramway : Chatelet-Villejuif; trajet : 1 heure.)

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Leçons sur la diphtérie.* — M. le Dr RICHARDIERE, mercredi à 4 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE : Traitement chirurgical de la myopie forte par l'extraction du cristallin transparent, par Kœnig. — [illegible] : Les nouveaux anesthésiques (*suite et fin*), par M. [illegible] — BULLETIN : La loi sur les accidents du travail et les [illegible], par Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* : Asile de Marseille. [illegible] — Intervention chirurgicale chez les aliénés ; [illegible] par Hanot et Vuidroux. — *Société obstétricale de France* : Rétrécissement des bassins ; [illegible] — Ostéomalacie ; [illegible] de l'utérus ; [illegible] nouveau-né débile, etc., etc., par H. Cherot. — *Académie de Médecine* : Hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne, [illegible] — VARIÉTÉS : [illegible] à Rome, par Mlle Lipinska. — VARIA : [illegible] — ENSEIGNEMENT MÉDICAL [illegible] — NÉCROLOGIE : M. le Pr Friedel. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

THERAPEUT QUE OCULAIRE

Traitement chirurgical de la Myopie forte par l'extraction du cristallin transparent;

Par le Dr **Edmond KOENIG** (de Paris)

La question du traitement chirurgical de la myopie forte est aujourd'hui nettement posée et il n'est pas un oculiste qui ne suive avec intérêt le mouvement qui se produit en faveur de sa vulgarisation. Les premiers initiateurs ne furent pas suivis dans leurs tentatives, mais actuellement cependant, il y a quelques années, [illegible] hostiles ou peu enthousiastes se laissent séduire par les résultats [illegible] d'une opération qui, il faut bien le reconnaître, avait de sérieuses préventions contre elle. Il s'agit de la suppression du cristallin transparent, dont les principaux résultats sont de combattre les complications de la myopie forte et d'améliorer l'acuité visuelle.

Les sujets atteints de myopie élevée se trouvent dans des conditions d'infériorité manifeste. Beaucoup d'entre eux ne peuvent remplir leurs obligations professionnelles. Le but à atteindre est de rendre meilleure une vue très défectueuse. Les verres correcteurs ne sauraient dans tous les cas donner satisfaction : le rapetissement des images, les phénomènes d'irisation, la diplopie gênent beaucoup. Ils peuvent même devenir une cause de danger pour l'œil. Au delà de [illegible] dioptries il est rare d'obtenir un [illegible] [illegible] supportés, surtout quand ils sont prescrits tardivement.

[illegible] la myopie forte [illegible] constante pour la vitalité de l'œil puisqu'elle est susceptible de se compliquer de lésions graves [illegible] décollement de la rétine [illegible] en mesures prophylactiques [illegible] exposées pour la pathogénie de la myopie progressive.

[illegible]

[illegible]

[illegible] cristallin transparent était une tentative hardie qui ne pouvait pas trouver d'écho, mais aujourd'hui elle s'impose comme le seul traitement rationel.

[illegible] l'exposé historique du traitement opératoire de la myopie, qu'on nous permette de reproduire les considérations qui nous avaient conduits, M. Ruiz et moi, en 189[illegible], à préconiser d'une manière formelle l'extraction du cristallin transparent (1). Notre argumentation s'établissait sur le [illegible] des [illegible] principaux de l'accommodation. L'ablation du cristallin s'imposait donc comme une conclusion toute naturelle aux conceptions théoriques appuyées sur des constatations [illegible].

[illegible] deux facteurs principaux contribuent à l'accommodation : [illegible] par le muscle ciliaire, et [illegible] par le cristallin. Quel est le mécanisme en vertu duquel se produit ce phénomène ? [illegible] qui a besoin d'être déterminé avec [illegible] dans le muscle [illegible] les fibres longitudinales. Les [illegible] qui contournent l'équateur du cristallin [illegible] produire son gonflement [illegible] le pouvoir de ramener au parallélisme des rayons [illegible] des objets rapprochés [illegible] visions de près.

Les autres fibres longitudinales naissent de la [illegible] de l'iris et de la cornée et se dirigent en arrière en [illegible] au niveau du bord du cristallin, pour se perdre dans [illegible] la région de l'*ora serrata*.

[illegible]

(1) [illegible]

En effet, l'unité d'action d'un organe n'exige pas l'unité de sa composition histologique.

L'anatomie et l'histologie montrent qu'il existe ailleurs de pareilles dispositions dans un même tissu, sans que pour cela disparaisse son homogénéité. D'autres muscles dans l'économie, quoique interrompus dans leur continuité par des tissus aponévrotiques, représentent une même puissance rétractile par l'intermédiaire des tissus qui les unissent.

Les fibres musculaires du corps ciliaire et celles de la choroïde présentent la même analogie dans leur disposition générale et leurs rapports entre elles.

Nous sommes donc autorisés à admettre leur exacte ressemblance de fonctionnement.

Par leur contraction simultanée, elles se raccourcissent et représentent une force agissant dans la direction de leur axe. Cette force agit par distension et contribue directement à l'accommodation pour le punctum remotum, en aidant à l'aplatissement du cristallin.

En un mot, ces fibres de la choroïde ne doivent pas être distraites de celles du corps ciliaire. Si on les étudie séparément au point de vue anatomique, leur action générale doit être considérée comme étant la même dans toute leur étendue. Elles sont les mêmes que celles du corps ciliaire qui, loin de se terminer à l'*ora serrata*, se continuent en arrière, parcourent toute la longueur de l'œil et forment ainsi une espèce de bourse musculaire.

On voit donc que ces fibres en suivant l'œil décrivent une courbe en forme d'arc dont la corde représente leur force, et dont la capacité diminue quand elles se contractent. Ceci n'est pas une idée théorique. En tant que fibres musculaires, ayant leurs points d'insertion en avant au tendon postérieur du muscle ciliaire, en arrière au pourtour du nerf optique, elles jouissent du pouvoir de se contracter de la même façon qu'un muscle à l'aide de ses insertions tendineuses. Nous verrons combien cette assimilation est importante ; elle nous fait déjà prévoir le mode de pression exercée sur le corps vitré.

Analogues dans leur mode de fonctionnement à la fibre radiée de l'iris, elles servent par leur contraction : 1° à contre-balancer l'action des fibres circulaires ; 2° à augmenter par une action énergique et active l'orifice du diaphragme ciliaire, donnant ainsi pour résultat la rétraction de la zonule de Zinn, l'aplatissement du cristallin, et par conséquent la diminution de son pouvoir réfringent nécessaire aux rayons lumineux parallèles pour aller faire leur foyer sur la rétine (vision de loin).

Il est évident qu'entre les deux limites extrêmes de contraction maximum pour les fibres circulaires (punctum proximum) et de contraction maximum des fibres longitudinales (punctum remotum) il existe une nombreuse série de points intermédiaires qui exigent l'action simultanée de tous les deux, l'un comme constricteur, et l'autre comme modérateur du pouvoir de son congénère.

Cette même synergie musculaire se rencontre dans l'iris, qui n'est que le miroir fidèle de ce qui se passe dans le cercle ciliaire pendant l'accommodation. Elle règle son équilibre fonctionnel mis en jeu par la contraction de ses deux ordres de fibres. Par rapport les unes aux autres elles jouent le rôle de modérateur, mettant en évidence leur antagonisme.

Quand le sphincter irien rétrécit la pupille dans l'accommodation, les fibres radiées interviennent au même titre que les fibres longitudinales du muscle ciliaire et de la choroïde pour contre-balancer son action, et réciproquement, quand les fibres radiées se contractent pour dilater la pupille, à leur tour les fibres circulaires se relâchent pour régler cette dilatation. Cette simultanéité d'action imprime à la pupille des mouvements d'oscillation quelquefois rapides, qui sont à la portée de l'observation la plus superficielle.

L'antagonisme des deux ordres de fibres n'est de la part des unes et des autres qu'une action modératrice active dans le but de contre balancer leurs effets réciproques.

L'étude de ces phénomènes n'est pas sans intérêt, puisqu'on peut en tirer des indications précieuses au point de vue pathologique.

Déjà, l'état de contractilité de l'iris nous apprend ce que peut être la choroïde.

En effet, l'iris, le corps ciliaire, la choroïde, qui constituent le tractus uvéal, sont trois parties d'un seul tout, ainsi que le prouvent l'anatomie, la physiologie et la pathologie. Chaque fois que le cercle ciliaire se contracte, la pupille se contracte aussi ; chaque fois qu'il se relâche, la pupille se dilate en même temps.

Les faits pathologiques prouvent aussi cette unité de constitution. Les affections qui apparaissent primitivement à l'une de ces parties ne tardent pas à se communiquer aux autres. Qu'y a-t-il de plus fréquent que de voir une iritis se propager au cercle ciliaire et à la choroïde, ou une cyclite être le point de départ d'une phlegmasie qui s'étend aux parties voisines? La localisation d'une maladie en un seul point ne prouve rien contre cette homogénéité.

L'iris, le corps ciliaire et la choroïde ne sont qu'une seule membrane en forme d'infundibulum, douée de deux sphincters concentriques qui agissent simultanément, et l'anneau irien dans sa contractilité n'est que la manifestation extérieure du fonctionnement de l'anneau ciliaire qui encadre le cristallin.

Tout ce qui précède tend à réfuter l'opinion de quelques auteurs qui prétendent que l'aplatissement du cristallin pour la vision de loin n'est qu'un simple acte passif dû à son élasticité lorsque les fibres circulaires se relâchent.

Un phénomène dynamique se passe dans les fibres longitudinales du muscle ciliaire et de la choroïde de la même façon que dans celles de l'iris du même ordre dont elles sont la continuation. Le cristallin n'a pas de force propre pour changer de forme, et revenir complètement sur lui-même. Il se comporte comme un organe passif dans l'accommodation. Les diverses phases de transformation qu'il subit sont dues à une force active qui réside dans les fibres musculaires, qui seules sont capables de la produire. En présence de ces faits, la nécessité s'impose d'admettre dans l'accommodation deux actes positifs dépendant de deux origines différentes, aussi actifs l'un que l'autre : l'augmentation de convexité de la face antérieure du cristallin produit par les fibres circulaires d'une part, de l'autre son aplatissement résultant de la contraction des fibres longitudinales. Nous avons vu ce qui se passe pour l'iris : pourquoi ne pas reconnaître les mêmes propriétés aux fibres de l'anneau ciliaire constitué par les mêmes éléments anatomiques, nourri par les mêmes artères, animé par les mêmes nerfs?

D'ailleurs, il n'y a rien d'inutile dans notre organisme. La plus petite fibre a son importance physiologique, et si les fibres longitudinales du muscle ciliaire et de la choroïde ne servent pas à cet effet-là, quel serait leur rôle, étant données leur forme et leur situation?

Leur intervention dans l'accommodation ne se réduit pas à cela ; elles contribuent également à deux effets importants : 1° à refouler en avant l'humeur vitrée qui offre ainsi un plan solide au cristallin pour qu'il ne puisse pas être entraîné en arrière par la traction de ses bords ; 2° elles obligent la rétine à se porter légèrement en avant, et à aller ainsi à la rencontre du foyer lumineux qui recule à mesure que le cristallin diminue de réfringence...

Pour lutter contre l'anomalie de réfraction, le myope et l'hypermétrope mettent à leur service tout ce dont ils peuvent disposer. Tandis que les efforts du premier tendent à augmenter la portée de sa vision, c'est-à-dire l'éloignement de son punctum remotum, l'hypermétrope cherche à le rapprocher le plus possible. Si nous admettons, pour l'hypermétropie, que les fibres circulaires se contractent énergiquement, en même temps que les longitudinales se relâchent pour raccourcir le foyer on admettra que dans tous les cas de myopie, quel que soit son degré, les fibres circulaires sont en relâchement constant et les longitudinales en contraction permanente. Ici, l'anatomie pathologique vient à l'appui de cette thèse. On a trouvé une augmentation notable des fibres longitudinales du muscle ciliaire dans les yeux myopes, et des fibres circulaires dans les yeux hypermétropes. Nous allons voir tout de suite les conséquences d'un pareil état de choses. Bien entendu, elles

seront en rapport avec le degré de myopie, comme la pratique le démontre.

Les fibres circulaires du muscle ciliaire se relâchent à leur maximum physiologique, et cela n'étant pas assez pour faire disparaître l'excès de réfringence, les fibres longitudinales du muscle ciliaire entre en jeu synergiquement avec celles du même ordre de la pupille dont la dilatation est constante chez les myopes. Ces fibres longitudinales, formant un tout continu par l'intermédiaire du tissu connectif avec les fibres que nous avons décrites vers l'équateur et le pôle postérieur du globe, donnent pour résultat un raccourcissement de la choroïde tout entière dans le sens antéro-postérieur. Cette contraction des fibres de la choroïde se fait d'autant mieux que cette membrane présente des points d'attache en avant et en arrière avec la sclérotique. Le corps vitré comprimé dans sa totalité, excepté dans sa partie antérieure qui touche le cristallin et dans sa partie postérieure correspondant à l'endroit de la pupille, tend par son élasticité à échapper à la pression qui le réduit. Il fuit en avant, trouve la face postérieure du cristallin auquel il donne un point d'appui solide pour qu'il ne puisse pas reculer et soit plus facilement aplati pour la traction périphérique.

En même temps la rétine, entraînée par la choroïde qui l'enveloppe, avance légèrement à la rencontre du foyer lumineux qui ne lui arrive pas. Mais comme à mesure que le foyer s'approche l'image devient un peu plus nette, le sujet redouble instinctivement les efforts, et la couche musculaire longitudinale de la choroïde entre en contraction permanente.

Le corps vitré emprisonné fortement de tous les côtés, ne pouvant pas se projeter en avant parce que le cristallin s'y oppose, fuit en arrière vers l'endroit où il trouve le moins de résistance. Cet endroit est indubitablement un point correspondant à la pupille optique : 1° parce qu'à ce niveau la sclérotique se réduit à un mince feuillet; 2° parce que, comme la choroïde cesse au pourtour du disque optique, le corps vitré n'est pas enveloppé en cet endroit par sa couche musculaire.

La papille ne se trouvant pas placée dans le centre même du pôle postérieur du globe, mais un peu en dedans, il en résulte qu'elle ne reçoit pas également la pression excentrique sur toute son étendue, mais particulièrement sur son bord externe qui se rapproche le plus de la macula, centre véritable de pression.

Par conséquent, cette partie qui est la plus faible de la coque oculaire doit céder, et cède en effet, permettant ainsi au corps vitré de s'insinuer à la façon d'un coin entre elle et le bord du trou optique.

Cette situation persistant pendant des mois et des années, et augmentée incessamment par la nécessité visuelle du sujet chaque fois plus grande, donne comme résultat la distension progressive de l'anneau sclérotical en arrière, l'inflammation de cette membrane à ce niveau, son ramollissement, état connu sous le nom de scléro-choroïdite postérieure. Le trou optique offrant dans la partie externe une moindre résistance, ceci explique l'existence constante du staphylome postérieur de ce côté de la pupille. Plusieurs raisons plaident en faveur de ce lieu d'élection de la sclérectasie. Dans certains mouvements du globe le côté interne de l'hémisphère postérieur est protégé par la paroi interne de l'orbite. Celle-ci offre un plan de résistance à la sclérotique. La partie externe restant libre, on comprend que le corps vitré comprimé a plus d'action de ce côté et le refoulement s'exerce avec plus de facilité.

Le mode d'implantation du nerf optique dans la coque oculaire explique mieux encore la formation du croissant staphylomateux du côté externe. En effet, la direction du nerf est oblique en bas et en dedans du pôle postérieur. La partie externe de la pupille, n'étant protégée par aucun plan postérieur, est la plus faible. Au contraire, la partie interne ayant derrière elle toute l'épaisseur du nerf, offre à la pression une résistance plus grande.

Au delà de ce point, la pression du corps vitré sera encore moins efficace, puisqu'on s'éloigne davantage du centre.

On peut se rendre compte de ces données en faisant des coupes antéro-postérieures intéressant successivement toutes les portions terminales du nerf optique dans le trou sclérotical...

Quand la partie postérieure est soumise à une distension prolongée, le staphylome se généralise autour de la papille, et s'étend le plus souvent vers la macula.

La myopie augmente. Les malades ne peuvent pas se servir de leur foyer principal, quelle que soit la distance à laquelle ils veulent voir, et la contraction tétanique de la couche musculaire longitudinale de la choroïde est constante jusqu'à la désorganisation complète de cette membrane. En effet les fibres musculaires de la choroïde sont soumises comme toutes les autres de l'organisme aux lois générales de la vie, et souffrent comme elles des efforts anormaux. Rappelons à ce propos ce qui se passe dans le cœur quand un obstacle mécanique vient s'opposer au libre exercice de ses fonctions. Quand, pour une cause quelconque, un orifice du cœur se rétrécit, la cavité située immédiatement derrière lui s'hypertrophie au bout d'un certain temps. Cette transformation est la conséquence du travail forcé pour vaincre la résistance à l'obstacle que la colonne sanguine trouve sur son passage. Plus tard à cette hypertrophie succède la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque. La même chose arrive pour la vessie quand un rétrécissement urétral empêche le libre cours des urines. Sa couche musculaire s'hypertrophie d'abord, dégénère et s'atrophie.

Les muscles de l'œil n'échappent pas à ces complications. L'insuffisance du droit interne produite par les efforts de convergence exagérés est le résultat de la dégénérescence graisseuse, et souvent de l'atrophie du muscle. On retrouve les mêmes phases de ce travail phlegmasique dans la couche des fibres musculaires de la choroïde.

Comme conséquence du travail perpétuel de contraction tonique à laquelle elle sont soumises, ces fibres s'hypertrophient, contribuant ainsi à faire augmenter le staphylome par le refoulement chaque fois plus énergique du corps vitré.

Plus tard, fatiguées du travail, ces fibres dégénèrent, et s'atrophient par places dans les endroits où les tractions ont été les plus fortes.

Nous avons dit que ces fibres sont lisses, et se trouvent placées dans la direction antéro-postérieure. Leur force de contraction agira aussi dans le même sens.

C'est donc dans le pôle postérieur et dans le cercle ciliaire que ces tractions sont les plus fortes.

Dans le pôle postérieur, elles se traduisent par des plaques d'atrophies et des hémorragies sous-choroïdiennes. Les plaques atrophiques ne se rencontrent pas souvent dans le corps ciliaire, parce qu'à cet endroit le muscle présente sa plus grande épaisseur; on y voit plutôt des hémorragies provenant de la rupture des vaisseaux ciliaires. Ces hémorragies, tombant librement dans le corps vitré, se manifestent sous forme de flocons sanguins dans la partie antérieure du corps vitré. Celui-ci, altéré dans sa nutrition, se ramollit, se liquéfie même.

La rétine n'étant plus soutenue par le corps vitré liquéfié, tiraillée en arrière par l'enfoncement du staphylome, en avant par sa terminaison dans l'*ora serrata* reposant seulement sur la choroïde détruite par places, suit à un moment donné les mouvements concentriques de cette membrane qui l'enveloppe, et se décolle dans une plus ou moins grande étendue. Un épanchement séreux fourni par l'état irritatif de la choroïde se fait entre elle et la rétine qu'il décolle de proche en proche pour gagner les parties les plus déclives.

Le cristallin, mal nourri par les troubles de sécrétion dus à l'irritation du corps ciliaire, s'opacifie, en commençant par son pole postérieur où l'on suppose qu'il est nourri en partie par le corps vitré.

Quelquefois la zonule se ramollit et se rompt ; le cristallin tombe librement dans la chambre antérieure ou dans le corps vitré, et la vision est à jamais perdue.

On vient de le voir, les accidents de la myopie progressive sont redoutables. Plusieurs tentatives ont été faites par les chirurgiens pour trouver les moyens soit prophilactifs, soit curatifs. Mais la thérapeutique, appelée au secours de tant de difficultés, n'a pas encore donné de résultats satisfaisants.

Faut-il pour cela abandonner toute recherche, rejeter sans examen les services que pourrait rendre telle ou telle intervention ? Les myopes sont nombreux ; beaucoup d'entre eux parcourent malheureusement la filière des accidents signalés. Il ne suffit pas de faire des investigations dans le domaine de la science pure. Le devoir des ophtalmologistes est de chercher à s'opposer par tous les moyens à de pareilles éventualités. Nous estimons que chacun doit apporter sa pierre à l'édifice. En tout cas, toute proposition est digne d'examen...

Dans les cas de myopie forte avec complications qui menacent la perte de l'œil, on a fait l'extraction du cristallin transparent ; mais cette opération n'aurait pas donné de bons résultats. A notre avis, l'intervention chirurgicale a été faite trop tard. L'opportunité du moment est une condition *sine qua non* du succès. Sans doute, en pareil cas, les règles sont difficiles à imposer. Pour qu'elles soient vraiment utiles, il faudrait qu'elles fussent basées sur l'expérimentation qui, malheureusement, fait défaut.

Des tentatives devraient être faites dans ce sens par nos maîtres compétents. A eux de dire s'il y a lieu de donner une impulsion nouvelle à cette idée, et de prononcer la réhabilitation de cette opération condamnée. Elle sera justifiée, si l'on n'attend pas que de graves désordres se soient produits. On devra évidemment tenir compte du degré d'acuité visuelle conservée, et des lésions constatées à l'ophtalmoscope. Il faut en outre pouvoir déterminer l'ultimatum au delà duquel l'opération pourrait entraîner de sérieux inconvénients. On peut toujours noter le moment où la myopie commence à progresser. S'il y a certains cas de myopie stationnaire, le plus souvent, à un moment donné de la vie, principalement aux époques critiques, la maladie revêt un caractère de malignité qui ne peut échapper au clinicien.

A ceux qui prétendent que l'intervention chirurgicale est téméraire, nous répondons qu'il ne faut pas faire balance égale entre les complications de la myopie progressive et les accidents possibles de l'extraction du cristallin. Aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique rigoureusement appliquée, les résultats sont tous satisfaisants. Enfin les avantages qui découlent de cette opération doivent être pris en sérieuse considération...

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés inhérentes à l'extraction du cristallin transparent, d'autant plus que dans les cas de myopie forte, le corps vitré est ordinairement liquéfié ; mais aux grands maux il faut opposer les grands remèdes, et c'est, croyons-nous, une dernière ressource à laquelle on peut avoir recours.

La maturation artificielle du cristallin, qui a été proposée pour faciliter son extraction, est ordinairement suivie de conséquences plus fâcheuses que celles de la maladie elle-même. Nous la rejetons.

En résumé, tout ce qui précède peut être ramené à trois propositions :

1° L'accommodation visuelle n'est pas, comme on l'a cru jusqu'ici, un acte simple de contractilité musculaire pour la vision de près, d'inertie pour la vision de loin. Il y a une force active, plus puissante peut-être, destinée à aplatir le cristallin et à contrebalancer l'action de la première. Cette force réside dans la couche des fibres longitudinales du muscle ciliaire, qui se continuent en arrière avec les fibres longitudinales de la choroïde signalées par Müller et Schweiger, formant ainsi un tout continu, une seule membrane ;

2° Les complications de la myopie progressive, telles que le staphylome postérieur, le ramollissement du corps vitré le décollement de la rétine, sont simplement la conséquence de la contraction exagérée de la couche musculaire longitudinale de la choroïde ;

3° Pour éviter les progrès de la myopie et conserver la vision, les moyens médicaux employés ne sont pas suffisants. Il est nécessaire d'attirer l'attention des hommes de [illegible] sur cette importante question de savoir si l'on doit ou non se déterminer à extraire le cristallin transparent dans les cas de myopie forte avec complications qui menacent de la perte de l'œil. »

Nous ne venons pas plaider une question de priorité, n'ayant pas pu, à cette époque déjà lointaine, confirmer nos prévisions par l'expérience. Nous n'avons fait que préconiser l'extraction du cristallin transparent comme traitement chirurgical de la myopie après le long plaidoyer que nous faisions en faveur de son adoption. Notre place dans l'historique de cette question est assurement très restreinte, mais il n'en est pas moins vrai que depuis notre publication, ce traitement a pris un essor considérable, après de longs intervalles d'oubli. Nous aurions voulu surtout réhabiliter ce procédé opératoire par des expériences, mais les malades nous ont fait défaut.

Actuellement encore, il serait nécessaire de solliciter les malades et de les engager à se soumettre à l'opération, en leur faisant valoir tous les avantages qu'ils peuvent en tirer. Il faut que chaque oculiste entreprenne sa petite croisade et l'on pourra bientôt établir d'importantes statistiques qui sont encore nécessaires pour porter un jugement définitif.

Il faut remonter jusqu'en 1775 pour s'assurer que l'abbé Demonsceaux mentionna le premier les opérations faites par le baron Wenzel. Mais ce dernier auteur n'en parle pas dans son *Traité de la cataracte*, en 1776, et dans son *Manuel d'oculistique*, en 1808. M. le professeur Panas qui a fait de sérieuses recherches à ce sujet pense que la raison de ce silence provient de ce que les résultats opératoires ne furent pas bons. Beer en parle dans son *Traité* de 1817, mais à un point de vue purement théorique.

En 1858 eut lieu, au Congrès d'Heidelberg, une communication de Weber qui rapporta une opération suivie d'irido-cyclite. Aussitôt Donders et De Græfe s'élevèrent énergiquement contre toute tentative opératoire sur la myopie, qu'ils traitèrent de coupable témérité. Le silence complet se fit autour de cette question jusqu'en 1888, époque à laquelle parut notre mémoire.

N'ayant pas sanctionné, à cette époque, notre conception par l'expérience, c'est à Fukala (de Pilsen) que revient l'honneur d'avoir montré, par de nombreuses opérations, toute la valeur de ce traitement de la myopie par la suppression du cristallin.

Fukala opéra son premier cas en 1887. En 1889, il présenta à la Société médicale de Vienne deux malades opérés avec succès. Dans la même année, M. Vacher fit connaître ses premières opérations à la Société d'Ophtalmologie de Paris (1).

A mérite égal, les procédés de ces deux auteurs sont différents. Tandis que le premier pratique la discision suivie d'extraction avec iridectomie, le second préconise l'extraction à lambeau sans iridectomie.

En 1890, Fukala publie 19 opérations par discision de myopie supérieure à 13 D. chez des sujets âgés de moins de 24 ans. Plus tard, au Congrès d'Heidelberg, en 1892, il annonce 162 cas de discision suivie d'extraction. De son coté, M. Vacher communique à la Société d'Ophtalmologie, en 1894 et en 1896, une statistique de 37 cas suivis de succès qui lui permettent d'affirmer que la myopie peut être opérée dès l'âge de 12 ans, s'il existe un large staphylome et si le nombre de dioptries dépasse le nombre d'années du sujet.

En 1892, Schweiger communique au Congrès d'Heidelberg 5 observations de myopes de 17 D. et au-dessus, dont 4 chez des enfants de 8 à 14 ans, opérés avec succès. Van Hippel, en 1894, opéra 11 cas de myopie forte par discision suivie, huit jours après, de l'extraction simple et de discision de la cristalloïde postérieure.

D'autres opérateurs ont adopté ce traitement et ont publié des statistiques très satisfaisantes : Abadie, Schröder, Wray, Sattler, Pflueger, Otto, Panas, etc.

Pflueger s'est montré partisan résolu de la méthode. En 1894, il fit part au Congrès de Berne de [illegible] opérations sur des sujets dont le degré de myopie variait entre [illegible] D. En 1896 il étudie, dans 80 cas, l'effet optique que l'aphakie produit dans des yeux très myopes, et il adopte comme

(1) *Bull. de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, nov. 18[illegible].

limite inférieure de myopie opérable [illegible] chez les enfants et 12 D. chez l'adulte.

En 18[illegible], il déclare au Congrès de Moscou [illegible] opérations dont [illegible] sur les deux yeux, et qui furent [illegible]. Dans tous les cas l'acuité visuelle augmenta.

Il admet que l'extraction du cristallin doit être faite quand la myopie dépasse 14 dioptries.

Un des bénéfices de l'opération consiste à supprimer les verres dans certains cas et à en [illegible] généralement la force. Comment donc s'opère cette transformation ?

On sait que l'opération de la cataracte faite sur un œil normal le rend hypermétrope de 10 à 12 dioptries. Par ce simple calcul il semblerait donc qu'un œil myope de [illegible] dioptries serait ramené à l'état normal et n'aurait pas besoin de verres, mais il n'en est pas ainsi. [illegible] que la réfraction diminue beaucoup [illegible] dépasse celui de 10 dioptries. [illegible] que la force réfringente de la lentille d'un myope était plus grande que celle du cristallin normal, mais la [illegible] et le calcul montrent que l'effet de l'enlèvement du cristallin augmente avec le degré de myopie de l'œil opéré ; se rapprochant de 12 dioptries dans les degrés faibles, il peut arriver jusqu'à 26 dioptries dans les degrés extrêmes de myopie. » Plus la myopie est élevée, plus l'extraction du cristallin abaisse le nombre des dioptries.

L'axe optique de l'œil emmétrope étant de 24 millimètres, chaque millimètre en plus de cette valeur représente une augmentation de réfraction de 3 dioptries. [illegible] qu'un œil myope de [illegible] dioptries devient hypermétrope de [illegible] D.

Ainsi, [illegible] dans la grande majorité des cas tout œil myope au-dessus de [illegible] dioptries devient hypermétrope par l'ablation du cristallin. Au-dessus de ce chiffre, les yeux [illegible] un certain degré de myopie.

Effets sur l'acuité visuelle et les complications de la myopie. — On peut dire que toutes les statistiques sont favorables en ce qui concerne l'amélioration de l'acuité visuelle : elle a toujours [illegible] jamais on n'a eu à déplorer sa diminution [illegible] de l'opération.

[illegible]

Parinaud ne croit pas [illegible] de l'opération pour prévenir le développement de la myopie et [illegible] Plus tard il [illegible] décollement de la rétine.

Mais il faut reconnaître [illegible]

[illegible]

Indications, contre-indications. — [illegible]

[illegible] l'âge, on peut [illegible] on a un [illegible] plus un. »

[illegible]

M. Vacher pratique l'extraction sans iridectomie et sans intervention préalable. Trois semaines après, les masses qui restent sont évacuées. Abadie fait plusieurs larges discisions et l'extraction quelques jours après. Après l'âge de 35 ans, il pratique l'extraction comme pour la cataracte ordinaire. Panas a mis en pratique l'extraction linéaire simple après discision et sans iridectomie.

La discision simple pourrait sans doute être de préférence adoptée pour les jeunes sujets, mais chez les adultes, cet opérateur fait l'iridectomie et plus tard l'extraction à lambeau périphérique assez grand. Pflueger a adopté la discision préliminaire suivie d'extraction linéaire sans iridectomie et s'en tient à ce procédé dont il n'a eu qu'à se louer.

Quel que soit le mode opératoire, nous rejetons la malaxation du cristallin, faite dans le but de le rendre opaque, comme dangereuse. Elle n'est d'ailleurs employée que par très peu d'opérateurs.

Par ce qui précède, on peut voir que la technique opératoire laisse encore beaucoup à désirer. Il n'est pas possible, en l'état actuel des choses, d'établir un *modus faciendi* exact. Comme le fait remarquer Pflueger dans son remarquable rapport (1), la méthode sera l'éclectisme et les indications seront fournies surtout par l'âge. Voici, d'après lui, les principaux procédés employés :

1° La discision simple indiquée pour les enfants; 2° la discision suivie d'extraction linéaire, suffisante dans la majorité des cas, entre 12 et 60 ans ; 3° l'extraction lineaire simple sans discision préliminaire, recommandée par Hess et Sattler; 4° l'extraction à lambeau sans discision; 5° l'extraction à lambeau après discision préliminaire, de Hirschberg.

Telles sont les différentes méthodes employées jusqu'à ce jour et il est probable qu'elles se modifieront à mesure que le nombre des opérateurs augmentera.

Ainsi que je le disais au Congrès d'Ophtalmologie en 1896, il faut surtout s'attacher à diminuer le traumatisme opératoire. Les interventions répétées ne peuvent qu'être préjudiciables à un œil opéré, d'autant plus que les malades ne s'y prêtent pas volontiers. On connaît le mauvais effet moral sur les malades, d'une seconde opération que nécessitent les opacités secondaires dans la cataracte ordinaire. A plus forte raison, le myope sera peu enclin à se soumettre à des opérations répétées.

Il est incontestable, d'autre part, que les discisions multiples entraînent de sérieux accidents, on devra donc, autant que possible, les restreindre. C'est pour ces motifs que nous donnons la préférence à l'extraction linéaire simple et à l'extraction à lambeau, suivant les cas et suivant l'âge. Nous réserverons la seconde aux cas ou l'on peut supposer l'existence d'un noyau.

La transparence des masses cristalliennes rend leur expulsion totale très difficile et le nettoyage de la chambre antérieure est illusoire. Nous avons tenté d'obtenir leur opacification par un procédé expérimental dont nous ne pouvons pas encore faire connaître les résultats définitifs, mais nous pensons que les efforts doivent aussi se porter de ce côté. Si ce but est atteint, la technique opératoire aura accompli un progrès sérieux.

La plupart des ophtalmologistes font leur incision à la partie supérieure de la cornée. Nous préférons la kératotomie inférieure parce qu'elle facilite singulièrement l'extraction du cristallin et parce qu'elle offre un moindre danger pour l'issue du corps vitré.

Chez quelques malades indociles, pusillanimes, présentant un blépharospasme temporaire très gênant, la section de la cornée en haut expose à des accidents. Ces contractions spasmodiques des paupières peuvent faire entrebaîller les lèvres de la plaie et déterminer une issue brusque du corps vitré. L'intervention qui porte sur le segment inférieur de la cornée nécessite l'élévation du globe de l'œil, et dans cette position, on est à l'abri des mouvements réflexes.

Cette sécurité opératoire s'explique sans doute par des conditions physiques qui rendent le corps vitré plus stable. Dans une des séances du dernier Congrès d'Ophtalmologie nous disions qu'il fallait limiter cette méthode aux cas où l'intervention porte sur les cataractes difficiles à extraire et nécessitant une intervention plus compliquée.

L'extraction du cristallin transparent est de ce nombre, et nous pensons que, dans un grand nombre de cas, la kératotomie inférieure lui est applicable. Nous avons employé ce procédé une fois sur trois opérations, et nous avons pu nous convaincre de la facilité avec laquelle on peut extraire les masses cristalliniennes dans cette position de l'œil.

On ne saurait s'en tenir à une méthode exclusive, et nous affirmons de nouveau que l'extraction linéaire simple et l'extraction à lambeau s'imposent comme des procédés de choix. La discision est une opération dangereuse, elle détermine des cyclites, des iritis, des accidents glaucomateux et augmente inutilement le nombre des interventions qu'il faudra à tout prix restreindre. Sans cela on risque de jeter le discrédit sur une opération appelée à prendre une place importante dans la chirurgie oculaire.

L'extraction linéaire simple devra être mise en pratique jusqu'à l'âge de 30 ou 35 ans. Passé cet âge, nous pensons qu'il est plus prudent d'adopter l'extraction à lambeau.

On connaît les avantages de la section périphérique : la coaptation des lèvres de la plaie est parfaite et la cicatrisation rapide. Les variantes de cette incision importent peu, l'essentiel est qu'elle porte un peu au-delà de la limite de la partie transparente de la cornée. Elle sera faite avec un fin couteau de Græfe ou mieux encore avec le couteau triangulaire. Après une large discision de la capsule, autant que possible circulaire, les débris du cristallin seront extraits avec la curette, en exerçant de légères pressions sur le côté opposé à la section.

C'est cette méthode que nous avons employée dans trois cas avec un succès confirmé par le contrôle des résultats éloignés.

Nous ferons connaître ultérieurement le détail des observations. Qu'il nous suffise de dire que chez ces trois malades l'acuité visuelle a été grandement améliorée et que nous n'avons eu à déplorer aucune complication opératoire. C'est l'extraction par incision linéaire sans iridectomie qui a été faite après dénudation de la conjonctive ; les débris cristalliniens ont été extraits avec une curette étroite et peu profonde. La kératotomie inférieure employée dans un des cas a paru faciliter beaucoup l'expulsion du cristallin.

En résumé, les expériences faites au siècle dernier ne furent pas suivies. Nous avons vu que ce traitement de la myopie fut rejeté au Congrès d'Heidelberg de 1858.

Bien que n'ayant pas eu d'observations à présenter, nous n'en avons pas moins préconisé l'extraction du cristallin en 1888, et fait, comme on l'a vu, un long plaidoyer en faveur de son adoption.

C'est l'année suivante que MM. Fukala et Vacher firent leurs premières publications, dont on ne saurait méconnaître l'importance.

D'ailleurs, l'historique de la question perdra beaucoup de son intérêt à mesure que les travaux se multiplieront.

Notre but dans cet exposé a été de faire connaître les résultats acquis aujourd'hui en faveur du traitement opératoire de la myopie. Mais on doit encore faire œuvre de vulgarisation dans le but de décider les malades à s'y soumettre plus volontiers. Le perfectionnement de la technique opératoire, le choix judicieux des cas imposeront la suppression du cristallin transparent comme le seul traitement rationnel de la myopie forte et achèveront d'établir la réputation d'une des plus belles conquêtes de l'ophtalmologie moderne.

(1) Pflueger. — *Rapport sur la suppression du cristallin transparent.* (Société franç. d'Ophtalmologie. Steinheil, édit., Paris, 1899.)

THÉRAPEUTIQUE

Faculté de Médecine de Paris.—Cours de Thérapeutique.

M. le Pr G. POUCHET.

Les nouveaux analgésiques (*suite et fin*) (1).

Messieurs, à côté de ces substances, nous allons maintenant passer en revue celles dont l'emploi me paraît beaucoup sujet à caution, et que, pour ma part, je retrancherais très volontiers, et sans inconvénients, je vous assure, du groupe des analgésiques.

Commençons par l'holocaine : je vous ai déjà parlé de cette substance en vous disant qu'elle n'avait aucun lien de parenté avec les précédentes. En effet, c'est une amidine, quant à sa constitution chimique, c'est-à-dire une de ces substances qui résultent de la substitution du radical AzH à l'oxygène d'une amide. Elle a pour formule brute $C^{18}H^{22}Az^2O^2$. On doit sa découverte à Tauber.

L'holocaine résulte de la combinaison qui se fait, avec élimination d'une molécule d'eau, entre la phénacétine et la paraphénéthydine. Elle devrait, par conséquent, porter le nom de paradiéthoxéthényldiphénylamidine, disons holocaïne, ce sera plus facile. Voici sa formule de constitution qui ne ressemble en rien, comme vous voyez, à celle des eucaines ou des cocaïnes.

$$\underbrace{C^6H^4<^{OC^2H^5}_{AzH-COCH^3}}_{\text{Phénacétine}} + \underbrace{C^6H^4<^{OC^2H^5}_{AzH^2}}_{\text{Paraphénéthydine}} =$$

$$= H^2O + \underbrace{C^6H^4<^{OC^2H^5}_{AzH-}\ \underset{\underset{CH^3}{|}}{C}\ {=Az}^{OC^2H^5}>C^6H^4}_{\text{Holocaine}}$$

C'est une base très puissante, insoluble dans l'eau, dont le chlorhydrate est également peu soluble, il ne se dissout que dans la proportion de 2,5 0/0 dans l'eau distillée.

Cette base est beaucoup plus toxique que la cocaine et constitue un véritable terme de transition, au point de vue de la constitution chimique, entre les analgésiques proprement dits, représentés par les cocaïnes et homologues, et les antipyrétiques qui sont aussi analgésiques dans certaines circonstances.

Un simple fait va vous montrer la confiance qu'on peut avoir dans ce produit. Au début de l'apparition de l'holocaine, et, je crois, sous le coup des recherches faites ici à propos de la toxicité de l'eucaine, on a dit en Allemagne que la toxicité de l'holocaine était cinq fois plus considérable que celle de la cocaine; puis on est revenu là-dessus et actuellement on dit qu'elle serait à peu près égale à celle de la cocaine, peut-être même un peu inférieure.

Quoi qu'il en soit, toutes les fois qu'on a essayé de substituer l'holocaine aux eucaines, ou plutôt à l'eucaïne B (car de l'eucaine A il n'est plus question), toutes les fois qu'on a essayé de substituer l'holocaine à l'eucaïne B ou à la cocaine en injections pour des opérations chirurgicales, on n'en a jamais tiré un grand profit.

Il en est autrement pour la chirurgie oculaire. Il semblerait que là on ait tiré de bons effets de l'emploi de l'holocaine; on lui a trouvé un pouvoir anesthésique égal à celui de la cocaine pour l'œil normal, plus grand lorsque la conjonctive était enflammée. On a dit que l'holocaine ne déterminait pas de dilatation pupillaire, que si parfois — très rarement — elle produisait une légère augmentation de tension des milieux intra-oculaires, la plupart du temps elle était indifférente à cet égard; qu'elle ne produisait pas de paralysie de l'accommodation, enfin pas de dessèchement ni d'opacité de la cornée. Sous son influence, on n'observerait pas non plus d'élargissement de la fente palpébrale avec propulsion du globe oculaire.

(1) Voir *Progrès médical*, 22 avril 1899.

Ces faits auraient été constatés avec l'emploi, en instillation, de II à V gouttes de la solution à 1 0/0.

Certains ophtalmologistes regardent l'holocaine comme un médicament de choix pour les cas de strabisme, de chalazion, de ptérygion, d'extraction des corps étrangers de la conjonctive et de la cornée : il serait tout particulièrement utile lorsque la conjonctive est enflammée.

Mais tous ces avantages ne font pas que l'holocaïne qu'on peut se procurer maintenant, soit une substance constamment identique à elle-même, et je n'en veux pour preuve que ce fait que je vous signalais tout à l'heure : la toxicité de cette holocaine a été donnée d'abord comme cinq fois plus considérable que celle de la cocaïne, et maintenant elle est devenue à peu près égale à celle de la cocaïne.

Mais pourtant, la meilleure preuve que l'holocaïne à elle seule ne donne pas de résultats si merveilleux que quelques-uns se plaisent à le dire, c'est que, presque toujours, ses partisans même l'associent à la cocaine, ainsi dans la formule suivante :

Chlorhydrate d'holocaïne.	0 gr. 05 centigr.
Chlorhydrate de cocaine.	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée.	10 grammes,

que M. Lagrange (de Bordeaux) préconise pour les opérations d'iridectomie et de cataracte, sans indications spéciales.

En résumé, la cocaïne et l'holocaïne semblent avoir des qualités communes et des qualités particulières par lesquelles elles diffèrent. Par exemple, la cocaine reste l'anesthésique de choix pour les opérations nécessitant l'ouverture du globe oculaire, et où l'on a intérêt à abaisser la tension des milieux intra-oculaires.

L'action toxique de l'holocaïne ne plaide pas en faveur de son emploi en stomatologie.

Un fait intéressant, et sur lequel je crois important d'insister, c'est que lorsqu'on considère l'extrême difficulté qu'il y a, au point de vue purement chimique, à obtenir des corps toujours identiques à eux-mêmes, lorsqu'on part de substances donnant aussi facilement que la phénacétine et la paraphénéthydine des composés isomériques, on s'explique très bien qu'il soit extrêmement difficile d'avoir toujours un composé constant. Autant il est relativement facile d'arriver à la constance du produit quand il s'agit de substances en apparence beaucoup plus complexes quant à leur constitution, comme les eucaïnes par exemple, autant cela est difficile quand il s'agit de dérivés comme l'holocaïne. Aussi, à mon avis, est-ce là un de ces médicaments qu'il vaudrait mieux retrancher de l'arsenal de la thérapeutique.

Il en est également de même d'une substance qui a fait beaucoup de bruit dans ces temps derniers, qu'on a donnée comme le plus parfait des analgésiques (celui qui arrive le dernier est toujours le plus parfait) : je veux parler de l'orthoforme. Je pourrais vous répéter pour l'orthoforme ce que je viens de dire pour l'holocaïne. Il y a dix-huit mois environ qu'on a lancé un premier orthoforme, actuellement nous en sommes au troisième, plus remarquable que les deux autres, bien entendu; il n'y a pas de raison pour qu'il n'en vienne pas un quatrième, puis un cinquième. Ce orthoforme n'est pas la même chose que l'eucaine ou la cocaine, c'est un éther méthylique de l'acide paraamidométaoxybenzoïque. Il constitue une poudre blanche légère, cristalline, insipide, inodore, soluble dans la glycérine, fort peu dans l'eau, assez facilement soluble dans les acides, mais ayant alors des propriétés irritantes. Il a été donné comme une substance inoffensive, dénuée de pouvoir toxique et au contraire jouissant de propriétés analgésiques extrêmement importantes, extrêmement intenses. Il faut noter toutefois qu'il exerce une action légèrement irritante sur les tissus délicats, aussi ne peut-il être utilisé pour la chirurgie oculaire. Tout récemment, on vient de signaler que sa dissolution par des produits de sécrétion à la surface de plaies de quelque étendue, peut

provoquer des phénomènes fâcheux, tels que : fièvre, nausées, vomissements, exanthèmes cutanés.

Eh bien, si ces faits ont été vérifiés avec certaines sortes d'orthoforme et dans certaines circonstances, il n'en est pas moins vrai qu'il y a d'autres circonstances dans lesquelles l'orthoforme a donné lieu, sinon à des accidents, du moins à des résultats qui ne sont pas du tout recommandables.

Il semble en effet que l'orthoforme tel qu'il a été importé au début d'Allemagne en France soit une substance de toxicité très faible ; on a pu en donner à des chiens, par exemple, à doses de 2 à 6 grammes par jour en ingestion stomacale sans déterminer d'accidents ; on a pu leur en injecter par voie hypodermique jusqu'à 3 grammes sans accidents également. Et enfin le fait le plus frappant pour nous est celui-ci : un malade affecté d'un cancer ulcéré de la face a usé en applications locales, en une semaine, 50 grammes d'orthoforme sans accident et avec le bénéfice d'une analgésie très notable au niveau de la plaie.

Ce sont là évidemment des résultats très avantageux. Mais voici dans quelles circonstances il est prudent de restreindre tout au moins, sinon de supprimer complètement, l'emploi de lorthoforme. Je suis partisan de la suppression complète de l'holocaïne, mais je ne suis pas partisan de la suppression complète de l'orthoforme. Vous avez pu lire dans tous les journaux médicaux depuis quelque temps que l'orthoforme faisait merveille (naturellement puisque c'était le dernier venu), dans toutes sortes de circonstances et notamment chez les femmes pour panser les crevasses du sein. Si vous pansez ainsi des crevasses du sein chez les nourrices, vous constaterez que les enfants perdent du poids parce qu'ils ne s'alimentent pas ; ils dépérissent parce que le lait qu'ils prennent sur un sein pansé à l'orthoforme ne se digère pas ou se digère mal et traverse l'organisme sans être utilisé.

Par quel mécanisme cela se produit-il ? Faut-il admettre que, de même que l'on observe une diminution sensible des sécrétions au niveau des parties ulcérées sous l'influence de l'orthoforme, il se produirait sous son influence une diminution de la sécrétion du suc gastrique ? C'est possible. Faut-il admettre, ce que je croirais plus volontiers, que le mélange d'une substance antiseptique, comme l'orthoforme, à un aliment, l'empêche de manifester ses propriétés alibiles ordinaires ? C'est encore possible. Mais dans tous les cas, je vous garantis le fait : chaque fois que vous verrez une nourrice ayant des crevasses du sein pansées à l'orthoforme, pesez l'enfant journellement, vous constaterez que cet enfant dépérit. Par conséquent, voilà au moins une circonstance dans laquelle il faut être très prudent et même rejeter absolument l'emploi de l'orthoforme.

Maintenant il est incontestable que dans une foule d'autres cas, quand il s'agit par exemple de brûlures aux deuxième et troisième degrés, l'orthoforme semble donner d'excellents résultats. Son action sédative sur la douleur causée par le contact de l'air avec les tissus mis à nu par une lésion ulcéreuse, une perte de substance, etc., est des plus remarquables. C'est le vrai topique des plaies douloureuses, non-seulement du tégument externe, mais encore des muqueuses superficielles ou profondes ; il est difficilement résorbé et à peu près dépourvu de toxicité. On a par exemple, beaucoup vanté l'efficacité contre les douleurs de la laryngite tuberculeuse, de l'émulsion à 25 pour 1.000 dans l'huile d'olives. Par contre, on a essayé, sans succès, de l'employer en injections comme anesthésique chirurgical.

Il y a aussi d'autres circonstances dans lesquelles l'orthoforme est appelé à rendre de grands services, c'est lorsqu'on veut faire le traitement de l'épithélioma par une solution d'acide arsénieux, comme cela a été fait il y a déjà longtemps et comme on est en train de le ressusciter depuis quelques mois. A ce point de vue, on peut faire usage d'une solution ainsi composée :

Acide arsénieux . } Orthoforme. . . . }	ââ 1 gramme.
Alcool à 95°. . . . } Eau distillée . . . }	ââ de 40 à 75 —

suivant la richesse de la solution qu'on veut obtenir. La présence de l'orthoforme dans ce mélange permet d'atténuer dans une très large mesure, et même de supprimer presque complètement, disent certains auteurs, et je les crois assez volontiers, la douleur persistante et intense que donne la cautérisation à l'acide arsénieux quand on la pratique avec la seule solution hydro-alcoolique : la douleur disparaissant presque complètement, on peut faire des attouchements plus fréquents avec cette solution et réaliser par conséquent un traitement plus efficace du cancer.

On a également proposé l'emploi de l'orthoforme pour lutter contre la douleur que causent toujours, comme vous le savez, les injections intra-dermiques des composés mercuriels. On a été même jusqu'à dire, mais ceci je ne vous le garantis pas, que grâce à l'orthoforme mis en suspension dans de la vaseline ou dans de l'huile d'amandes stérilisée, on pouvait employer l'oxyde jaune de mercure par voie intra-dermique. Pour ma part je m'élève absolument contre l'emploi de l'oxyde jaune de mercure parce qu'on arrivera presque toujours fatalement à un abcès.

Mais laissons l'oxyde jaune de mercure, et bornons-nous seulement au calomel.

On a dit qu'un liquide ainsi composé :

Huile de vaseline . .	1 cc.
Calomel.	0 gr. 03 à 0 gr. 05 centigr.
Orthoforme.	0 — 05 à 0 — 08 —

était capable d'empêcher la douleur qui accompagne les injections intra-dermiques.

D'autre part, l'orthoforme aurait encore la propriété d'empêcher la fixation du sel mercuriel aux parois de la seringue ainsi que de la fiole qui contient le mélange.

Mais l'orthoforme présente un certain nombre de contre-indications et d'incompatibilités qu'il me faut vous signaler ici. D'abord, n'est-ce pas, et comme conclusion de ce que je disais tout à l'heure, toutes les fois que l'orthoforme pourra se trouver en contact prolongé (quel que soit le mécanisme par lequel ce contact se produira) pendant plusieurs jours avec la muqueuse gastro-intestinale, j'estime que l'orthoforme doit être absolument rejeté, probablement en raison de ce qu'il détermine un abaissement notable de la valeur digestive des sucs, ou de ce qu'il entrave les mutations des substances alimentaires.

On a eu l'idée, qui a été funeste la première fois qu'elle a été mise à exécution, d'analgésier, à l'aide de l'orthoforme, la muqueuse vésicale de malades affectés de cystite et chez lesquels on voulait faire des injections de nitrate d'argent. Il est évident qu'*a priori* rien ne permettait de prévoir la réaction qui se produit entre l'orthoforme et le nitrate d'argent; or, l'orthoforme est un agent réducteur très intense; et, quand on le met en présence d'une solution de nitrate d'argent, il le réduit et met en liberté de l'acide nitrique. Il en résulte qu'analgésier avec de l'orthoforme la muqueuse vésicale d'un individu atteint de cystite pour faire ensuite des injections de nitrate d'argent, cela revient à produire dans la vessie de cet individu une mise en liberté d'acide nitrique et la précipitation sur les parois de la muqueuse de poudre d'argent métallique : c'est substituer à l'action modificatrice de l'azotate d'argent, l'action purement et simplement irritante de l'acide nitrique.

Donc toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'une substance médicamenteuse capable d'éprouver une action réductrice, n'employez pas l'orthoforme, vous vous exposeriez à des accidents.

Je vous ai suffisamment parlé de l'inconstance du produit commercial pour ne pas y revenir ; on essaie de lancer en ce moment, sous le nom de *nirvânine*, une variété d'orthoforme dont l'appellation me semble la plus

remarquable qualité. Néanmoins vous voyez que dans certains cas l'orthoforme paraît donner de bons résultats.

Messieurs, le gaïacol a été indiqué comme une substance capable de produire l'analgésie et pouvant donner lieu, à cet égard, à d'utiles applications thérapeutiques. On a proposé non seulement le gaïacol sous forme d huile gaïacolée, mais on a surtout attribué cette action analgésique à un dérivé du gaïacol qui est le sel de calcium du dérivé sulfo-conjugué, c'est-à-dire de l'acide gaïacylsulfureux. Ce produit aurait sur le gaïacol l'avantage d'être plus facilement maniable, si on peut ainsi dire, car le gaïacol n'est pas toujours facilement maniable.

Ce sel de calcium que l'on a baptisé de l'appellation de *gaïacyl*, constitue une poudre d'un gris mauve qui se dissout assez facilement dans l'eau en lui communiquant une couleur rouge-violacé; une solution aqueuse au dixième ressemble à de l'eau dans laquelle on aurait versé quelques gouttes de vin rouge. Cette solution possède une saveur astringente, légèrement sucrée, elle n'est ni toxique, ni caustique, ni irritante; elle peut déterminer une action anesthésique locale soit par contact, soit par injection.

Chez l'homme, par exemple,on emploierait des solutions aqueuses à 5 et 10 0/0, et dans le cas où cette solution serait utilisée pour la chirurgie dentaire, on pourait injecter depuis un demi jusqu'à un et demi centimètre cube d'une solution à 5 0/0, c'est-à-dire de 25 à 75 milligrammes de ce sel, ou bien faire un badigeonnage des muqueuses avec une solution à 10 0/0 comme cela a été recommandé dans le cas d'amygdalite. En ce qui concerne les injections on peut injecter de 5 à 15 et 20 centigrammes en solution soit à 5 soit à 10 0/0.

Il est incontestable que dans un certain nombre de cas l'emploi de cette solution présente des avantages et ne fait courir le risque d'aucun des accidents toxiques qu'on observe avec la cocaïne; enfin, il est plus facile de conserver de l'huile gaïacolée ou une solution de ce genre qu'une solution de cocaïne. Néanmoins, les usages du gaïacol, comme analgésique chirurgical, sont assez restreints; et on l'a surtout utilisé pour faire de l'anesthésie vésicale, pour calmer la douleur des cystites.

Les travaux de M. Guyon ont démontré, avec une certitude complète, les avantages considérables du gaïacol dans le cas où il s'agit d'analgésier la vessie chez un individu affecté de cystite, lorsque cette vessie est très irritée et de contenance extrêmement réduite. Dans ces circonstances la solution gaïacolée. qu'il s'agisse d'huile de gaïacol ou bien de la solution du sel de calcium dont je viens de vous parler, détermine une analgésie très efficace permettant l'introduction, sans la moindre douleur, d'une solution de nitrate d'argent faite entre une heure et une heure trois quarts après l'emploi du gaïacol. Au contraire lorsqu'il s'agit d'une vessie, sinon complètement saine, du moins atteinte d'un léger degré de cystite, la solution de gaïacol, pas plus que la cocaïne d'ailleurs, ne donne de bons résultats; c'est la solution d'antipyrine qu'il convient d'employer alors à titre d'analgésique.

Voilà des faits que, seule, l'expérimentation pouvait apprendre et ils sont très intéressants; ils sont actuellement inexplicables, mais à retenir parce qu'ils ont été confirmés à maintes reprises.

En outre, le gaïacol est un corps capable de déterminer l'analgésie chez les rhumatisants et chez les goutteux par un phénomène bizarre qui est dû probablement à une action propulsive.

Quelquefois, l'emploi du gaïacol s'accompagne de manifestations, sinon toxiques, au moins désagréables et désavantageuses, qui consistent surtout en une hypothermie et un état assez grave du malade. Vous savez qu'on a préconisé les badigeonnages de gaïacol à la surface des téguments cutanés pour déterminer l'abaissement de la température; c'est un fait certain, la température s'abaisse d'une façon considérable, quelquefois même plus qu'on ne le veut; et on a cité des cas dans lesquels des badigeonnages pratiqués avec des doses très modérées de gaïacol ont déterminé un état subcomateux du malade avec hypothermie exagérée qui n'a pas été sans donner des inquiétudes.

D'ailleurs tous les dérivés du gaïacol, aussi bien les sels de gaïacol que l'huile gaïacolée ou le gaïacyl, présentent les mêmes avantages et les mêmes inconvénients; c'est-à-dire qu'ils sont capables de déterminer une analgésie locale en présentant les inconvénients dont je viens de parler.

Dans ces derniers temps on a proposé également comme substance analgésique un dérivé trichloré de l'alcool pseudo-butylique, combinaison désignée sous le nom d'acétonechloroforme. Cet acétonechloroforme est un produit insoluble dans l'eau. Il paraîtrait qu'en Autriche M. Vamossy, assistant à l'Institut pharmacologique de Pesth, aurait trouvé un procédé pour le dissoudre, et on donnerait le nom d'*anésone* à cette solution aqueuse qui contiendrait de 1 à 2 0/0 d'acétonechloroforme. Comme je n'ai aucun renseignement précis sur ce point, je me borne à vous citer le nom de cette solution et les propriétés, analogues à celles des solutions de cocaïne, qu'on lui attribue, sans vous en rien dire de plus.

Plus récemment encore, on vient de proposer, sous la dénomination générique d'*alcoïnes*, de nouvelles combinaisons douées d'une action anesthésiante locale intense. Ce sont des alkyloxyphénylguanidines. Leur toxicité serait beaucoup moindre que celle de la cocaïne; mais elles posséderaient une action locale irritante assez énergique pour ne point permettre leur emploi sur les tissus délicats. On a essayé de les substituer à la cocaïne pour réaliser l'anesthésie par infiltration suivant la méthode de Schleich.

MM. Trolldenier et Herse (de Dresde), à qui sont dus ces premiers essais, ont essayé d'abord la solution suivante :

Alcoïne.	0 gr. 10 centigr.
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 02 —
Chlorure de sodium.	0 gr. 20 —
Eau distillée. . . . . ,	100 grammes,

puis, ils ont reconnu qu'il était avantageux de supprimer la morphine et d'augmenter la proportion du sel marin. de façon à se rapprocher de la teneur en NaCl du sérum artificiel, et ils se sont arrêtés alors à la formule ci-dessous :

Alcoïne	0 gr. 10 centigr.
Chlorure de sodium.	0 gr. 80 —
Eau distillée.	100 grammes.

Avec cette solution, l'anesthésie obtenue par infiltration serait beaucoup plus durable que quand on emploie la solution de Schleich, elle persisterait pendant 40 à 50 minutes.

Un inconvénient grave de ces produits réside dans leur facile altérabilité et dans la possibilité de produire des névroses locales à la suite de leur emploi par la voie hypodermique ou endermique. Leur altérabilité et leur pouvoir nécrosant paraissent, en effet, encore supérieurs à ceux de la cocaïne, et, tout en reconnaissant qu'il faut laisser à ces nouvelles substances médicamenteuses le temps de faire leurs preuves, je ne les crois pas encore appelées à remplacer la cocaïne et l'eucaïne B.

Je passe volontairement sous silence un certain nombre d'autres produits dont l'action est encore moins constante ou moins certaine, mais pour terminer l'étude des substances capables de réaliser l'anesthésie localisée, il me reste à vous signaler l'emploi d'un mélange de différentes substances analgésiques. C'est ainsi que. dans certaines circonstances, on peut avantageusement mélanger entre elles des substances qui, isolées, sont égalem nt capables de produire une action analgésique; et qu'on peut tirer de bons effets de ce mélange, soit parce que leur action analgésique s'ajoute, soit parce que cette action analgésique se produit d'une façon plus parfaite ou que d'autres actions particulières viennent s'y ajouter.

Il en est ainsi par exemple de ce mélange :

Phénol neige,
Menthol,
Chlorhydrate de cocaïne,

qu'on peut faire à des titres différents, par exemple de chaque 1 gramme, on aura ainsi un mélange qui ne possède qu'une action caustique très faible et qui est analgésique après un temps peu considérable, quelques minutes à peine. On pourrait augmenter la proportion de phénol et faire le mélange avec phénol neige 2 grammes, et de chacun des deux autres 50 centigrammes, on aurait alors un mélange plus caustique, grâce à la prédominance du phénol, et moins rapidement anesthésique.

Je n'insiste pas là-dessus, il est facile de modifier ces formules ou d'en imaginer d'analogues, suivant les besoins et les indications.

J'ai terminé ce que j'avais à vous dire des procédés d'analgésie localisée ; et il semblerait que nous devrions entamer maintenant l'étude des antithermiques analgésiques qui semble faire tout naturellement suite à celle des analgésiques proprement dits que nous venons de passer en revue ; mais, à mon avis, l'étude des antithermiques analgésiques est à rapprocher de celle des substances qui empêchent la perception de la douleur par suite de l'obstacle qu'elles y opposent en tant que perception centrale ; l'opium et la belladone seraient les types de ce genre.

S'il est vrai que les antithermiques analgésiques se rapprochent de la cocaïne par l'action qu'ils exercent, d'une part sur le protoplasma cellulaire dont ces agents amoindrissent l'énergie, diminuent la vivacité, d'autre part sur le système nerveux qu'ils mettent comme la cocaïne et les agents de même ordre en état d'éréthisme ; ils en diffèrent cependant à un point extrêmement remarquable par leur action sur le sang dont ils altèrent l'hémoglobine et dont ils détruisent la charpente globulaire. C'est en raison de la prédominance ou de l'exagération de l'une ou de l'autre de ces actions, prédominance en rapport avec leur constitution chimique, c'est encore à cause de ce fait que leur constitution chimique s'éloigne dans une notable mesure des composés que nous allons étudier, qu'il me paraît préférable de les étudier en même temps que les médicaments groupés sous la désignation d'antithermiques, médicaments avec lesquels ils présentent, comme nous le verrons, les affinités les plus étroites. Je me hâte d'ajouter, pour que cette appellation d'antithermiques ne vous en impose pas, que l'emploi de ces corps est inutile ou même dangereux à titre d'antithermiques, de ces antithermiques dont l'antipyrine serait le type.

Mais ces agents occupent, incontestablement, une place prépondérante dans la médication de la douleur. Ils agissent par un mécanisme fort différent de celui des agents que nous avons étudiés jusqu'à présent à ce sujet ; et leur étude me paraît plus logiquement placée avec celle de ce groupe des antithermiques dont ils se rapprochent par leurs propriétés physiologiques les plus frappantes. Ces agents sont des termes de transition naturelle, au point de vue pharmaco-dynamique, entre les hypnotiques que nous allons aborder maintenant, les modificateurs intellectuels, c'est-à-dire les substances agissant surtout par leur action sur les hémisphères cérébraux, qui suivent immédiatement les précédents, et enfin les modificateurs de la thermogénèse, à côté desquels leur place est toute indiquée. Ils possèdent tous une action marquée sur les éléments nerveux ; mais l'électivité qu'ils manifestent en nombre de circonstances ne peut se déceler que par une étude clinique ; et ce n'est pas une étude physiologique seule de ces médicaments qui peut permettre de révéler cette électivité médicamenteuse.

Il me semble donc plus logique et profitable de suivre la marche que voici : étudier d'abord les hypnotiques ; puis toujours dans la catégorie des agents agissant sur le système nerveux central, viendra ensuite, comme conséquence naturelle de leur action physiologique principale sur les cellules encéphaliques, l'étude des modificateurs intellectuels ; enfin celle des analgésiques antithermiques qui se confondra avec l'étude des modificateurs de la thermogénèse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La loi sur les accidents du travail et les médecins.

Depuis vingt ans environ la Chambre et le Sénat se renvoyaient sans cesse cette malheureuse loi ; à la veille des élections cependant la Chambre se décida à cesser ce jeu de raquette, et dans une fin de séance adopta sans discussion et sans scrutin le texte de la loi sur les accidents du travail : il fallait bien prouver à l'électeur que la dernière législature avait accompli quelque progrès. Après une aussi laborieuse incubation qui eût pu douter que la loi ne fût parfaite ? Cependant le Gouvernement hésita à l'appliquer ; mis en demeure, il se décida et le 1er juin 1899 les accidents du travail seront soumis à la nouvelle réglementation. Le corps médical est directement touché par cette loi où le législateur n'a guère songé que le médecin comptait pour quelque chose. Les syndicats médicaux s'émurent de la nouvelle situation faite aux praticiens des régions industrielles.

Trois articles les visaient plus particulièrement : d'abord l'article 4 qui met à la charge du patron les frais médicaux et pharmaceutiques, mais qui ajoute que « si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite ».

En second lieu l'article 11 qui exige que le patron produise en faisant la déclaration de l'accident « un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif ».

Enfin l'article 29 qui dit que « les procès verbaux, certificats, etc., doivent être délivrés gratuitement ».

Nous n'avions pas bien compris jusqu'alors comment le juge de paix pourrait tarifer les honoraires du médecin dans les régions (et elles sont nombreuses) où il n'y a pas de tarifs de l'assistance médicale gratuite, à Paris par exemple. Nous nous demandions encore quel rôle jouerait l'Administration dans le cas où le médecin, qui aurait donné des soins à la victime d'un sinistre, refuserait de délivrer le certificat indispensable à la déclaration de l'accident, refus qui paraît légitime si, comme le dit l'article 29, le certificat ne doit pas être payé.

Désireux d'être fixés sur ces points, nous nous sommes adressés au nom des syndicats à M. le Conseiller d'Etat, directeur du travail au Ministère du Commerce et de l'Industrie, et ce n'est pas sans surprise que nous avons appris de ce haut fonctionnaire que l'Administration n'était guère plus avancée que le corps médical à ce sujet. Il serait bon, nous a-t-il dit, de saisir directement le Ministre de ces difficultés qui jusqu'alors ont

passé inaperçues et ne pourraient sans doute être réglées que par voie judiciaire. M. le Directeur du travail n'a pu être affirmatif que sur un point : c'est que l'article 29 sera sans doute interprété dans le sens le plus large et que les certificats médicaux devront être délivrés gratuitement comme les autres.

En attendant la réponse du Ministre aux objections que nous allons lui soumettre, nous devons avertir nos confrères que la loi, telle qu'elle est, paraît en droit inapplicable parce qu'elle est incomplète : le législateur en effet n'a prévu aucune sanction dans le cas où l'on s'opposerait à son application; qu'en outre, la nouvelle loi modifiant totalement le rôle des médecins des Compagnies d'assurances-accidents, il sera prudent de la part de ces derniers de dénoncer avant le 1er juin leurs traités avec leurs Compagnies, en fixant un délai à ces dernières afin de leur permettre de formuler des propositions nouvelles plus en accord avec le surcroît de besogne que la nouvelle loi imposera aux médecins.

Il est profondément regrettable qu'une loi aussi nécessaire que celle des accidents du travail soit sur le point d'échouer piteusement par la faute de ceux qui avaient mission de l'étudier et d'en formuler le texte, et que les intérêts précieux des ouvriers, des chefs d'industrie, sans parler de ceux des médecins, aient été aussi légèrement traités par nos législateurs. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

DIXIÈME SESSION. — MARSEILLE. — 6 AVRIL 1899.

Les asiles de Marseille.

MM. Boubila, Maunier et Cassa, médecins de l'asile de Marseille, montrent l'encombrement progressif de cet asile, les imperfections qu'il présente au point de vue de l'hygiène et ils émettent le vœu que l'Administration supérieure, se préoccupant de cette situation, adopte, parmi les divers projets proposés, celui qui consisterait à ne laisser à Saint-Pierre qu'un service d'admission de 100 à 150 malades pour les besoins de l'enseignement et à transférer dans un ou deux asiles suburbains ou des colonies familiales et agricoles les chroniques et incurables.

Dégénérescence et neurasthénie.

M. Bidon.— Le *dégénéré* est un être qui, en présence d'obstacles à son évolution, n'a pu se développer dans le sens du progrès de l'espèce, a dévié vers des formes pathologiques dont l'enchaînement conduit à sa disparition ou à celle de sa descendance. Le *neurasthénique* a perdu l'équilibre du système nerveux. Un surmenage quelconque (fonctionnel, émotif, toxique, etc.) a fatigué le point trop excité d'abord, puis tout l'appareil nerveux. Mais pour cela il a fallu une prédisposition acquise ou héréditaire que la statistique de mes 200 observations permet de classer : 1° 44 fois il n'y avait pas d'hérédité morbide appréciable : ici la neurasthénie débute tardivement, de 30 à 40 ans, au plus fort de la concurrence vitale, et le plus souvent elle est peu grave. Dans les cas où il y a hérédité morbide le début de la neurasthénie est précoce; il a lieu 45 fois avant 20 ans. Par contre, l'hérédité apoplectique est celle qui révèle le plus tardivement son action. 2° Sur cette prédisposition héréditaire ou acquise les causes occasionnelles font germer la neurasthénie. Le surmenage professionnel agit 53 fois, les chagrins 27, les excès génitaux 17, la grippe 17, les soucis d'affaires 19, l'alcoolisme 3 fois. Enfin, dans 19 cas je n'ai pas trouvé de cause. Ici encore l'intensité de la cause déterminante nécessaire est en raison inverse de la prédisposition héréditaire. 3° La neurasthénie a donc des parentés étiologiques avec la dégénérescence. L'étude de la descendance des neurasthéniques le montre. Sur mes 200 malades 51 sont célibataires et 149 mariés. Sur les 149 ménages, 42 sont stériles, soit 28,18 0/0, proportion un peu inférieure à la moyenne. Les autres ont 152 enfants que l'on peut classer ainsi : 1 supérieur, 30 normaux, 24 morts d'éclampsie, 20 à troubles physiques (5 ont de l'arthritisme, 4 de la débilité, 3 des paralysies infantiles, 2 sont tuberculeux, 2 chlorotiques, 2 scrofuleux, 1 obèse et 1 acropathique). 87 ont des tares psychiques (35 bizarres ou impulsifs, 15 hystériques, 7 neurasthéniques, 5 idiots, 4 mélancoliques, 3 dipsomanes, 2 bègues, 1 vagabond). Cela prouve que la neurasthénie est, comme on l'a dit, une porte d'entrée de la dégénérescence. Toutes les deux paraissent du reste être la conséquence d'une même cause dyscrasique, l'arthritisme, qui fait périr en quelques générations toutes les familles urbaines qui ne savent pas se régénérer par des apports de sang rural.

Syndrome urinaire neurasthénique.

M. Sépet. — Chez trois neurasthéniques graves nous avons pu retrouver un ensemble de symptômes qui justifient le titre de notre publication et ce qui nous a paru intéressant, c'est que les symptômes urinaires s'atténuent et reparaissent selon que l'on note des améliorations ou des rechutes dans la maladie. Les tableaux que nous joignons à ce travail le montrent d'une façon très nette. Chez nos trois malades il existait de la polyurie, avec augmentation de la densité, élimination considérable d'urée et surtout d'acide phosphorique. La polyurie est constante, il ne s'agit pas ici d'une de ces polyuries intenses que l'on observe chez les hystériques ou chez certains dégénérés; la quantité d'urine émise dépasse rarement 2 litres mais se maintient d'une façon constante au-dessus de la quantité normale oscillant entre 1.750 cc. et 2.000 cc.; pendant les périodes d'amélioration le chiffre descend à 1.500 cc. et au-dessous, pour s'élever de nouveau à la moindre rechute.

En somme chez nos trois neurasthéniques nous retrouvons : polyurie légère, augmentation de la densité de l'urine, élimination considérable d'urée et surtout phosphaturie.

Etude photographique sur les effluves humaines.

MM. Icard et Sepet. — Dans une communication faite à la Société de physiologie, M. Baraduc annonça qu'il avait pu fixer sur des plaques sensibles des radiations lumineuses produites par un fluide qui s'échapperait de l'organisme vivant au niveau des extrémités nerveuses; nerfs périphériques et organes des sens. Nous avons pu constater la réalité des faits énoncés par ce savant physiologiste, mais des expériences complémentaires nous permettent d'interpréter ces phénomènes d'une façon tout à fait différente. Voici en effet les expériences que nous avons entreprises : 1° Lorsque dans l'obscurité la plus complète, l'on tient la main pendant une durée de 15 minutes au dessus d'une plaque sensible (plaque Lumière) immergée, gélatine en dessous, dans une cuvette remplie d'une solution à l'hydroquinone, l'on obtient une image photographique consistant en cinq ombres à contours non définis, ombres rappelant grossièrement la forme des doigts. Pour M. Baraduc cette image résulte de l'action du fluide vital sur le sel d'argent de la plaque impressionnable. 2° Nous avons répété la même expérience avec la main d'un cadavre. Le dispositif employé et le temps de pose ont été exactement les mêmes. Au développeloppement l'image obtenue a été exactement semblable à celle que nous avait fournie la main d'une personne vivante. Il nous paraît donc difficile de voir dans ce phénomène dont nous constatons l'existence la preuve d'un fluide vital qui se manifesterait aussi par un phénomène physico-chimique indiscutable.

Fausse angine de poitrine consécutive à un rêve subconscient.

M. Paul Farez. — Une dame, âgée de 35 ans, mariée, mère de famille et manifestement hystérique, se plaint de palpitations et d'angoisse précordiale. Elle se croit atteint de cardiopathie; en réalité, il s'agit de topoalgies qui cèdent facilement à la suggestion. Mais ces topoalgies récidivent avec ténacité.

C'est qu'elles sont sous la dépendance d'un rêve terrifiant, toujours le même, oublié au réveil, mais persistant à l'état subconscient et susceptible d'être retrouvé pendant le sommeil hypnotique. Grâce à la suggestion, ce rêve est inhibé, le sommeil naturel devient exempt de cauchemar et la santé générale se rétablit. Mais, quelques mois après, de violentes émotions surviennent, la vie de famille est déorganisée et cette même dame souffre d'une crise angineuse très intense. Il s'agit d'une *fausse* angine de poitrine pour la triple raison suivante : 1° symptomatologie spéciale; 2° terrain hystérique; 3° absence de toute lésion cardiaque. Or, cet accès angineux a été la copie fidèle et la reproduction exacte d'un rêve survenu pendant la nuit qui a précédé la crise, mais oublié, lui aussi, pendant la veille normale et resté à l'état subconscient; une circonstance de peu d'importance a suffi pour donner le branle et lâcher la bride à tout le complexus d'associations qui s'étaient peu de temps auparavant systématisées sous la forme onirique.

Ainsi, en présence d'une fausse angine de poitrine hystérique, on a le devoir de rechercher systématiquement si elle ne comporte pas une origine psychique, consciente ou subconsciente, comme, par exemple, un rêve. Le syndrome angineux n'a qu'une valeur séméiologique; le traitement et la prophylaxie exigent un diagnostic non pas seulement nosologique, mais *étiologique*; il ne suffit pas de convaincre le malade qu'il ne présente aucune lésion cardiaque, il faut encore et surtout le prémunir contre la réapparition de la cause souvent morale qui a engendré ce syndrome. Enfin l'hypnotisme peut assurer la découverte de cette cause soupçonnée; il permet d'en extirper le souvenir et d'en prévenir le retour; il rétablit le calme dans ces organismes troublés; il est capable de réaliser à lui seul cette *thérapeutique morale* dont Huchard a dit avec tant de raison qu'elle était, dans ces cas, plus efficace que toute intervention médicamenteuse.

Traitement de l'attaque d'épilepsie par le trional.

M. MAUNIER (asile Saint-Pierre de Marseille). — Après quelques considérations sur l'étiologie, la pathogénie, la physiologie pathologique, la description de la folie épileptique, communication sur le traitement nouveau par le trional. Les observations sont divisées en trois groupes : 1° Celles dans lesquelles le trional agit en supprimant l'attaque, la chute proprement dite; 2° celles dans lesquelles il agit en supprimant les troubles psychiques, l'excitation, la fureur épileptique; 3° celles dans lesquelles il agit en supprimant, en modifiant les attaques et l'excitation consécutive. Le trional est donné à la dose de 0 gr. 50 centigr., 1, 2 et 3 grammes suivant les cas, dans du thé chaud ou en injection hypodermique en solution dans l'éther, l'alcool ou la glycérine. Il est important d'administrer le trional en temps voulu. Dans la première observation, type du premier groupe, les attaques précédées d'aura motrice sont supendues. Dans celle du quatrième groupe, la fureur épileptique ne s'est pas reproduite depuis un an, alors qu'antérieurement à l'institution du traitement par le trional, pendant le traitement par les bromures, le malade entrait dans un état de fureur redoutable qui nécessitait son isolement dans une cellule matelassée. Les attaques qui se produisaient jadis au nombre de 240 à 250 par an, ont été réduites dans cette dernière année à 58. Dans celle du troisième groupe, le malade soumis au traitement par le trional depuis un mois environ, les attaques ainsi que l'excitation violente, la fureur ont été suspendues.

Des observations cliniques nouvelles sont à recueillir, des expériences physiologiques doivent être faites.

Interventions chirurgicales chez les aliénés.

M. FEBVRÉ présente en son nom et en celui de M. PICQUÉ un rapport sur l'amélioration et même la guérison qui ont suivi certaines opérations faites dans son service de Ville-Evrard. Il pense que les lésions de l'utérus et des annexes ont une grande importance chez les aliénés, un examen approfondi de chacune d'elles est nécessaire. Outre l'amélioration physique qu'une opération peut apporter chez l'aliéné, une amélioration de l'état mental peut en résulter, car il a vu des lésions de ce genre provoquer des obsessions ou faire naître des idées délirantes nouvelles surajoutées à une projection préexistante. Ces opérations ont toujours eu pour but d'enlever des organes malades, et elles n'ont été faites que dans les cas où elles auraient été pratiquées dans les hôpitaux. Toujours les familles des malades ont été invitées à donner l'autorisation d'opérer.

M. RÉGIS, à propos des cas signalés par M. Febvre, croit devoir appeler l'attention sur les délires ou maladies organiques et la possibilité de les guérir par les traumatismes chirurgicaux. Un travail de M. Azam, en 1897, avait déjà signalé l'extrême fréquence des maladies utérines chez les aliénées et demandait qu'on examinât toutes les femmes entrant dans les asiles. Il est vrai que dans certains pays cette tendance a été un peu exagérée, et en Amérique, par exemple, les inspecteurs généraux ont été obligés d'intervenir pour empêcher les opérations trop fréquentes faites par les médecins sur les malades des asiles. M. Régis pense qu'il faudrait se mettre en garde contre l'imitation de pareils faits. On n'est pas toujours sûr que ce soit l'opération qui ait guéri le délire. D'autre part même, le délire guérit quelquefois tout aussi bien lorsque l'opération a porté sur un tout autre organe. Ce serait donc souvent le simple traumatisme qui agirait en faveur de la guérison.

M. VALLON cite un cas de paralysie générale qui s'est amendée à la suite d'une opération chirurgicale.

M. FEBVRÉ, répondant à M. Régis, dit que dans les cas rapportés il ne s'est jamais agi d'enlever d'organes sains, on n'a appliqué que les soins chirurgicaux qui sont appliqués ordinairement dans les hôpitaux. Il demande simplement si le Congrès juge utile qu'on emploie cette pratique avec toutes les précautions employées dans les hôpitaux.

M. VALLON. — Au fond la question de la chirurgie des aliénés se ramène à un point de vue simple : il faut simplement traiter les aliénés comme des gens ordinaires, la folie n'étant pas une contre-indication.

M. ROUBY a observé une femme qui se plaignait d'avoir un serpent dans le vagin; elle avait des ulcérations sur le col. Après cautérisation et guérison, les idées délirantes disparurent.

M. BIDON pense que les lésions utérines sont tantôt causes, tantôt simplement coexistantes des idées délirantes.

M. MABILLE dit qu'il serait utile que chacun fît dans les asiles la statistique des guérisons obtenues par suite d'une opération chirurgicale.

Myélite transverse avec paraplégie flasque.

MM. NOGUÈS et SIROL (de Toulouse). — Observation d'une femme de 58 ans, qui, sans antécédents héréditaires et personnels d'aucune sorte, est atteinte après un refroidissement, d'abord de fourmillements et de douleurs vagues dans le membre inférieur gauche, puis de paralysie avec atrophie en masse et hypoesthésie à tous les modes; trois mois plus tard le membre inférieur droit se paralyse à son tour et s'atrophie, mais plus rapidement (15 jours environ). A ce moment la paraplégie flaccide est complète, l'abolition des réflexes est absolue, l'atrophie musculaire considérable. L'examen électrique fait constater de la diminution de l'excitabilité, mais il n'existe pas de RD. Paralysie des réservoirs. Pas de troubles trophiques. Pas de déformation rachidienne.

A propos de cette observation les auteurs passent en revue les diverses affections pouvant présenter le tableau symptomatique constaté : paralysie hystérique, toxique ou infectieuse, polynévrite à forme de poliomyélite, poliomyélite antérieure subaiguë, et par élimination ils concluent qu'il ne peut s'agir que de myélite transverse dorso-lombaire dont la lésion doit être située au niveau ou au-dessous du centre des réflexes et qui, très probablement, a pour substratum anatomique une altération de la substance grise, des racines et des nerfs. Ces lésions expliqueraient, d'après M. Brissaud, sans être obligé d'invoquer une localisation médullaire précise, la paraplégie flasque d'emblée, alors que le plus souvent celle-ci, dans la myélite transverse, est d'abord spasmodique.

Les cellules de l'écorce grise dans l'éclampsie.

MM ANGLADE et POUX. — Dans l'écorce grise du cerveau d'une éclamptique qui a succombé après une série d'attaques

(30 en deux jours), étudiée par les procédés ordinaires et notamment par la méthode de Nissl, ils ont pu constater : 1° l'altération des cellules pyramidales ; 2° la présence, autour de ces cellules, d'éléments anormaux. On observe deux degrés d'altérations cellulaires. La disparition des grains chromatiques correspond évidemment à l'épuisement de la cellule. Sa déformation parfois très accusée, est la conséquence d'un processus destructif. Ces lésions n'ont rien de spécifique. Autour des cellules pyramidales, mais non exclusivement autour d'elles, on voit de petites cellules rondes fortement colorées. Elles sont disséminées un peu partout, pénètrent dans la loge de la cellule pyramidale et s'appuient contre ses parois. Ces éléments n'offrent d'anormal, ici, que leur nombre. C'est à tort, selon eux, qu'on leur a attribué un rôle dans quelques maladies, notamment dans la chorée chronique. Plus spéciale paraît être la présence, dans les diverses couches de l'écorce grise et notamment autour des cellules pyramidales, de cellules rondes ou ovales plus volumineuses et moins colorées. Elles ont une paroi propre, un contenu granuleux. Un, quelquefois deux grains plus volumineux représentent le noyau. Ces éléments entourent les cellules pyramidales, les pénètrent évidemment et semblent se substituer à celles qui sont détruites. Ces cellules ne se rencontrent, dans les mêmes conditions, que dans l'écorce de sujets morts en état de mal épileptique. On serait tenté de leur attribuer un rôle excitant, vis-à-vis de la cellule motrice. Quant à leur nature on peut se demander si ces éléments ne représentent pas des leucocytes émigrés des vaisseaux. Ramon Cajal, qui en a figuré de semblables récemment, affirme qu'il s'agit de corpuscules névrogliques, et Lugaro est de son avis.

Sclérose en plaques médullaire consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule.

MM. Lannois et Paviot rapportent l'histoire d'une femme de 46 ans, porteur depuis 30 ans d'une arthrite tuberculeuse de l'épaule droite. Elle était entrée pour une hémiplégie droite progressive ayant débuté vers l'âge de 40 ans, sans ictus, ayant respecté la face, ne s'accompagnant pas d'atrophie : réflexes exagérés et trépidation épileptoïde plus marquée à droite. Pas de troubles de la sensibilité, mais dans les derniers temps quelques douleurs à caractère fulgurant. Le bras gauche commençait à se rendre lorsque la malade commença à prendre les phénomènes bulbaires qui amenèrent brusquement la mort dans un accès.

A l'autopsie, rien au cerveau, pas de lésions de la colonne vertébrale ni des méninges médullaires. Sclérose en plaques typique : plusieurs petites plaques grisâtres, d'aspect gélatineux, sur la moelle dorsale de l'un et l'autre côté. A la partie supérieure de la moelle cervicale double tache scléreuse ne respectant que le pyramidal croisé et, dans les faisceaux postérieurs, plaque également symétrique, ne laissant indemnes que les parties latérales du faisceau de Burdach. Au niveau du renflement brachial et au-dessous la plaque est limitée au côté droit, etc. Pas de plaques sur le bulbe ni sur le renflement lombaire. Sur toutes les coupes présentées, on retrouve une périostéite très manifeste. Les auteurs après avoir indiqué les particularités cliniques du cas, insistent sur les rapports de l'arthrite tuberculeuse et de la lésion médullaire. Ce fait leur paraît une démonstration nette de l'origine infectieuse de la sclérose en plaques (Kahler et Pick, P. Marie).

Albuminurie après les crises épileptiques.

MM. Lannois et Mayet. — 50 cas observés. L'albuminurie a tantôt été constante, tantôt inconstante ou nulle ; d'autres fois il y a eu albuminurie avec lésions rénales. Toutefois cette albuminurie n'est ordinairement qu'un phénomène fugace. Les auteurs pensent que la présence de l'albumine dans l'urine de certains malades est liée à l'intensité de l'asphyxie plus ou moins grande qui accompagne la crise, la constriction vasomotrice des artérioles, le ralentissement du cœur et la stase veineuse dans la phase tonique réalisent les meilleures conditions pour le passage de l'albumine à travers le rein.

M. Giraud présente au nom de M. Samuel Garnier (de Dijon), un rapport sur un aliéné incendiaire méconnu et condamné après expertise médico-légale.

Paralysie alterne supérieure au cours d'une méningite tuberculeuse. — Ramollissement du pédoncule central par thrombose de la veine basilaire.

M. Léon D'Astros. — Un enfant de 13 ans fait pendant quelque temps de la tuberculose pulmonaire et surtout ganglionnaire trachéo-bronchique, lorsque quelques symptômes cérébraux se montrent : tristesse, inertie, etc. Un mois après son entrée, le petit malade est pris d'un engourdissement de la jambe gauche et de secousses convulsives localisées qui font diagnostiquer une plaque de méningite dans la région paracentrale. Huit jours après se développe en 12 heures une paralysie alterne supérieure (syndrome de Weber) constituée par une hémiplégie droite complète portant sur la face et les membres avec exagération du réflexe tendineux et d'autre part du côté gauche un ptosis avec strabisme externe et dilatation pupillaire avec immobilité ; on rapporte ce syndrome nouveau à un ramollissement du pédoncule cérébral gauche. L'enfant succomba au bout de 5 jours. L'autopsie démontra une tuberculose très avancée des ganglions bronchiques dont quelques-uns ont acquis le volume d'un œuf, ainsi qu'une petite caverne dans le poumon droit. L'examen du cerveau fit constater ainsi qu'on l'avait prévu : 1° des plaques de méningite tuberculeuse sur la région paracentrale symétrique, mais beaucoup plus marquée à droite ; 2° un ramollissement du pédoncule cérébral gauche s'étendant à la partie inférieure de la couche optique et à l'extrémité de la corne sphénoïdale. Les régions ramollies présentaient à leur surface une teinte ecchymotique, et la pathogénie de ce ramollissement était très spéciale. Le ramollissement du pédoncule cérébral relève très habituellement d'*oblitération artérielle* portant soit sur le tissu de la cérébrale postérieure, soit sur les branches qui en naissent à son origine. Ici le système artériel fut trouvé complètement intact. Par contre, il fut constaté une *thrombose complète de la veine basilaire gauche*, tronc important qui reçoit les veinules du pédoncule et va se jeter dans la veine de Galien. Quant à la cause de cette thrombose, elle relève probablement de lésions tuberculeuses, mais elle n'a pu être démontrée avec certitude.

M. D'Astros dépose un rapport sur un cas de paralysie alterne supérieure survenue chez un enfant de 13 ans au cours d'une méningite tuberculeuse : hémiplégie droite de la face et des membres, ptosis avec strabisme interne et dilatation pupillaire ; mort au bout de 5 jours. A l'autopsie, ramollissement du pédoncule cérébral par thrombose de la veine basilaire.

Les lésions histologiques du système nerveux central dans la chorée chronique héréditaire.

M. Rispal (de Toulouse) a eu l'occasion de pratiquer l'examen histologique du système nerveux central d'un sujet atteint de chorée chronique héréditaire avec démence et ayant succombé à une attaque apoplectiforme. La méthode de Nissl a permis de constater une diminution du nombre des cellules pyramidales des deuxième et troisième couches de l'écorce cérébrale dans les zônes psycho-motrices, une atrophie dégénérative plus ou moins avancée de la plupart de celles qui subsistent, et enfin une infiltration interstitielle très abondante de petites cellules rondes de nature vraisemblablement névroglique dans les parties profondes de l'écorce et principalement autour des cellules pyramidales en voie d'atrophie. L'existence de lésions à la fois parenchymateuses et interstitielles de l'écorce permet d'expliquer la production des mouvements choréiques et des troubles mentaux dans la maladie d'Huntington.

Délire systématisé des grandeurs dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

M. Dufour. — Parmi les formes de délire post-typhique on note surtout la monomanie ambitieuse. Marcé et Morel la regardent presque comme caractéristique de ce délire. Hanot et Bucquoy l'ont aussi signalée comme très fréquente. Le Dr Pagliano en a observé huit cas sur quarante observations. On a appelé l'attention sur le peu de consistance de cette monomanie ambitieuse, sur sa mobilité et sa transformation en délire lypémaniaque ; d'après Régis, notamment, les concep-

tions délirantes mégalomaniaques ont chez ces malades un cachet spécial de niaiserie, d'absurdité : on croirait entendre radoter de jeunes vieillards et il n'y a pas chez eux de systématisation. L'observation que je cite ne vient pas corroborer cette opinion : l'idée délirante y est nettement systématisée et le malade raisonne parfaitement son délire. Trois particularités à retenir : En premier lieu, pas d'antécédent vésanique ou névropathique. En second lieu, l'idée délirante s'est manifestée au moment même où la température est revenue à la normale et où tous les phénomènes généraux se sont amendés. Le fait le plus saillant c'est la systématisation de l'idée délirante chez le malade : l'idée d'un héritage qu'il vient de faire est chez lui bien ancrée et il en tire des conséquences logiques. On est donc loin de la superficialité du délire post-typhique signalée par Hanot et Bucquoy. Il est fort possible que, dans la majorité des cas, les idées délirantes de la convalescence de la fièvre typhoïde soit superficielles et changeantes; mais il faut reconnaître aussi qu'elles peuvent être nettement systématisées et c'est sur ce point que l'observation présente un réel intérêt.

Traitement par le repos au lit dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme.

M. Magnan. — Le délire alcoolique fait presque entièrement d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, s'exagère dès que le sujet isolé dans l'obscurité ne perçoit plus de sensations extérieures.

Les perceptions illusoires de l'alcoolique s'amendent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées ; celles-ci en rapport avec la réalité des faits, plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives toujours mobiles et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes.

L'alitement, en permettant de placer le sujet, dès que son délire se réveille, dans la réalité des faits, devient dans l'alcoolisme aigu et subaigu le plus puissant agent thérapeutique et permet en général de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale.

Paralysie pseudo-bulbaire.

MM. Marie et Vigouroux. — Les auteurs rapportent trois observations de malades présentant des paralysies d'origine d'apparence bulbaire.

La première concerne une femme de 57 ans ayant eu deux attaques nerveuses et présentant le tableau clinique complet de la paralysie pseudo-bulbaire de Brissaud, avec paralysie de la langue, parésie du voile du palais, troubles de la respiration, rires et pleurs spasmodiques, etc.

La deuxième se rapporte à une femme de 54 ans qui, depuis 7 ans, à la suite d'une paralysie des quatre membres, présente une abolition totale des mouvements phonétiques de la langue et divers troubles trophiques.

La troisième présente une ophtalmoplégie externe et une parésie faciale du côté droit, et des certificats antérieurs apprennent qu'elle a été aphasique. De plus elle a de la polyurie. Elle présente, en outre, des obsessions et des phobies très curieuses.

Note sur la colonisation familiale.

MM. Marie et Vigouroux. — La colonie de Dun, créée en 1892, compte aujourd'hui 500 malades ; la colonie de Bussy-Wyzerolles, créée en 1894, compte 50 placements. Enfin, la colonie d'Auxy-le-Château, en formation en ce moment, compte 30 malades et peut facilement en contenir 200.

Trois points intéressants ont fait l'objet de vœux spéciaux au rapport du Conseil général de la Seine :

1° Extension de l'assistance familiale aux déments hommes ;

2° Extension de l'assistance aux convalescents à titre de patronage transitoire ;

3° Fondation d'une colonie agricole pour les aliénés chroniques, imbéciles et épileptiques.

Spiritisme et folie.

MM. Marie et Vigouroux. — A toutes les époques les délirants ont emprunté les éléments surajoutés de leur délire aux préjugés régnants et aux préoccupations du moment. Le spiritisme devait fournir à la folie son contingent de systèmes délirants explicatifs de troubles hallucinatoires. De plus, la médiumité spirite qui n'est qu'un entraînement à l'automatisme inconscient amène certains prédisposés à une dissociation telle que les déclanchements automatiques deviennent spontanés, puis l'état de conscience venant à disparaître complètement, le malade entre de plain pied dans le délire. Nous avons observé des malades répondant à ces différents stades.

Circulation chez les sujets hypnotisés ; application de la méthode graphique.

M. Bérillon. — Le dicrotisme apparaît sous l'influence de l'état hypnotique : si le pouls est fréquent, il baisse en fréquence. A l'état de veille, par exemple, si l'on voit le pouls à 140, une fois le sommeil provoqué, il tombe successivement de 140 à 120, 106, 96; au réveil il remonte à 140.

Méningite tuberculeuse de l'adulte à forme choréo-athétosique.

M. Boinet. — Marie M..., âgée de 18 ans, indemne de syphilis, légèrement alcoolique, entre le 20 juillet 1898 à l'Hôtel-Dieu pour une tuberculose pulmonaire aiguë, offrant le type de la granulie à type clinique d'embarras gastrique fébrile. Le 18 août, céphalalgie violente, continue, avec vomissements et constipation. Cette poussée méningitique s'accompagne de mouvements jacksonniens convulsifs localisés aux membres supérieur et inférieur droits. Le 24, ces mouvements sont lents, désordonnés, arythmiques, *choréiformes* et limités au membre supérieur droit. Les doigts de la main droite sont animés de mouvements *athétosiques* étendus, analogues à ceux des danseuses javanaises; ils passent lentement de la flexion à l'extension forcée avec reptation étendue ; à son tour, la main se fléchit sur l'avant-bras qui exécute à son tour des mouvements seccessifs de pronation, de supination, de flexion sur lo bras. Le deltoïde droit a des contractions spontanées, brusques, en masse; la moitié droite de la face est grimaçante : la commissure labiale droite fortement tirée en haut et en dehors, laisse rythmiquement et par intermittence, les dents à découvert et donne à cette moitié de la face l'expression des masques antiques; l'aile du nez est soulevée en même temps. Mâchonnement incessant, grande difficulté pour parler, bredouillement, acuité auditive et visuelle diminuée du côté droit. Douleurs de tête toujours très intenses, elles occupent surtout la région frontale, s'irradient parfois vers l'occiput. Les mouvements du membre inférieur droit sont moins étendus, moins fréquents, plus lents ; les orteils esquissent des mouvements athétosiques; ce sont leurs mouvements d'extension qui sont surtout accentués. Les diverses sensibilités sont exagérées à droite, la raie méningitique y est plus accusée. Il existe aussi quelques troubles vaso-moteurs. — 2 *septembre*. Les mouvements choréiformes, jacksonniens, du membre supérieur et de la moitié droite de la face persistent ; les mouvements athétosiques de la main droite ont cessé ; la jambe droite est le siège de quelques mouvements spontanés choréiformes ; le pied droit exécute des mouvements incessants de flexion, d'extension avec écartement considérable du gros orteil. Le tremblement épileptoïde fait défaut et le réflexe rotulien droit est aboli. Les masses musculaires sont douloureuses à la pression. La température vespérale oscille entre 39°,5 et 40°, tandis que le matin, le thermomètre descend à 38°. — Le 3 *septembre*, les mouvements athétosiques de la main droite reparaissent avec une nouvelle intensité. Le poignet droit exécute des mouvements successifs de flexion et d'extension en même temps que l'avant-bras se fléchit sur le bras en passant de la pronation la plus complète à la supination exagérée ; enfin le membre supérieur présente, dans son ensemble, des mouvements de reptation, de torsion, augmentés encore par l'élévation brusque et en masse de l'épaule. Afin d'éviter ces contorsions si fatigantes et involontaires, qui se renouvellent plusieurs fois par minute, la malade immobilise son membre supérieur droit en se couchant dessus. La commissure labiale droite est incessamment attirée en arrière. La jambe droite fléchie sur la cuisse contracturée est le siège de contractions rythmiques limitées et

d'une hyperesthésie cutanée et musculaire considérable. Réflexes rotuliens abolis, pupilles dilatées.

5 *septembre*. — La tête exécute des mouvements d'oscillation, d'inclinaison, de rotation vers la droite; les globes oculaires se dirigent rythmiquement dans la même direction trois à quatre fois par minute. Les paupières ont des oscillations convulsives, parallèles. — 6 *septembre*. Les mouvements choréiformes sont tels que la malade tombe de son lit. Trismus, mâchonnement, raideur de la nuque. 8 *septembre*. Mouvements athétosiques de la main gauche, exagération de l'hyperesthésie cutanée et musculaire. — 10 *septembre*. Disparition des mouvements athétosiques, on constate les signes d'une caverne au sommet du poumon gauche; cette malade devient gâteuse, elle ne peut conserver ni ses urines ni ses matières. — 14 *septembre*. Les mouvements athétosiques prédominent à gauche, paralysie complète des sphincters. — 21 *septembre*. Abattement extrême, subdélire, elle essaye de manger ses excréments; elle meurt le 22.

Autopsie. — Caverne au sommet du poumon gauche, infiltration de tubercules miliaires dans les autres parties des deux poumons. Foie et reins graisseux. A l'ouverture du crâne, peu de liquide, infiltration gélatineuse, blanchâtre, opalescente, molle, à la surface des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes surtout dans la profondeur et sur les bords du sillon de Rolando; les lésions prédominent vers la partie supéro-interne de ces deux circonvolutions et empiètent sur le lobule para-central. Il existe, en outre, une plaque jaunâtre au niveau du tiers moyen du sillon de Rolando atteignant la partie correspondante de la frontale ascendante. Plaques de congestion sur la face externe du lobe occipital, au-dessous du gyrus temporalis. Ces localisations expliquent les symptômes indiqués. On ne trouve que très peu de tubercules. A l'examen histologique, on voit que ces exsudats fibrino-purulents sont infiltrés de globules de pus, de cellules embryonnaires; les vaisseaux sont fortement dilatés; les circonvolutions correspondantes sont le siège d'une encéphalite superficielle avec dégénérescence graisseuse et prolifération nucléaire. Nous rappellerons que Boucarut a publié un cas analogue dans le *Nouveau Montpellier médical*, du 31 juillet 1898.

Un cas de paralysie de Landry.

M. Boinet. — Il s'agit d'un ouvrier, âgé de 36 ans, non syphilitique, non alcoolique, qui n'a eu ni refroidissement récent, ni maladie infectieuse. Il est pris sans prodromes, sans cause appréciable de fourmillements, d'engourdissement, de faiblesse dans les deux pieds. Le lendemain, il ne peut marcher, les jambes fléchissent. A partir de ce moment, cette paralysie bilatérale progresse rapidement et symétriquement, de bas en haut, et atteint les groupes musculaires dans l'ordre indiqué par Landry. Dans la soirée, la paralysie flasque des deux jambes est complète. Nous voyons le malade deux jours après le début de cette affection. Etat général bon, pas de fièvre, intelligence normale, paralysie complète et flasque des deux membres inférieurs, abolition presque complète des réflexes rotuliens, pas de convulsions, pas de contracture, contractilité musculaire nette et énergique sous l'influence de courants induits de moyenne intensité; sensibilité à la piqûre, à la température légèrement émoussée; masses musculaires des cuisses et des jambes douloureuses à la pression; pas d'atrophie, pas de troubles trophiques; intégrité des sphincters, urines normales. La paralysie suit une marche rapidement ascendante, mais respecte la face. Le lendemain, elle atteint les doigts, les mains, les avant-bras; pendant la nuit, elle gagne les muscles des deux épaules puis des deux bras. Au niveau des membres inférieurs la sensibilité au contact et à la douleur est diminuée. Les muscles du cou, de la nuque et du tronc ne sont pris que quelques heures plus tard. Alors surviennent des phénomènes de paralysie bulbaire; déglutition difficile, presque impossible; voix faible chuchotée, respiration embarrassée, crises de dyspnée et de suffocation; la paralysie des inspirateurs et du diaphragme en particulier fait de rapides progrès; mort par asphyxie quatre jours après le début de cette paralysie ascendante aiguë

Autopsie. — Congestion des poumons, des reins, des centres nerveux. L'examen histologique de la *moelle* montre un aspect vacuolaire anormal des cellules des cornes antérieures, mais la conservation des pièces dans le liquide de Müller n'a pas permis d'appliquer la méthode de Nissl à la recherche des modifications dégénératives, de la chromatolyse, de la désintégration moléculaire de la substance achromatique, etc., décrites par Œttinger, Marinesco, Ballet, Remlinger, Bailey et Ewing, Marie, Piccinino, Mills et Spiller, etc. Les *méninges spinales* sont épaissies. Ce sont les lésions de *néphrite périphérique* qui prédominent; sur la couche transversale de quelques nerfs rachidiens, on voit une assez grande quantité de tubes nerveux dégénérés. Sur un certain nombre de points du sciatique et du médian, la myéline est fragmentée; elle a disparu par places; ailleurs, elle a un aspect granulo-graisseux. Parfois le cylindre-axe est interrompu et entouré de boules réfringentes. Pas de multiplication des noyaux.

En résumé la polynévrite n'est pas douteuse et étant donné l'aspect anormal de la moelle, il est probable que l'emploi de la méthode de Nissl aurait décélé des lésions dans les cellules des cornes antérieures. C'est plutôt un défaut de technique, qu'une absence réelle d'altérations qui souvent a fait affirmer l'intégrité des nerfs et surtout de la moelle dans la maladie de Landry. Elle est parfois d'origine infectieuse comme dans les cas de Galleta. On voit sur les coupes de la *moelle* de notre malade, quelques rares bacilles minces auxquels l'absence de culture et d'inoculation ne permet pas d'attribuer un rôle pathogène.

Syndrome de Little d'origine obstétricale. Amyotrophie tardive des membres supérieur et inférieur gauches.

M. Boinet. — Ce petit garçon, âgé actuellement de 3 ans et deux mois, est né à terme, mais l'accouchement a été extrêmement long et laborieux; il a duré 24 heures. Il existait une présentation de la face en première position. Naissance asphyxique avec cyanose et boursouflement des paupières, des lèvres, de la face qui a une couleur lie de vin. Le nouveau-né reste inerte, asphyxié pendant un quart d'heure; mais il reste flasque, les membres sont ballants, sans tonicité, pendant une quinzaine de jours, au dire de l'accoucheuse. Ce n'est qu'au bout de deux semaines que cet enfant peut maintenir sa tête presque droite, jusqu'alors elle se balançait inerte; les muscles du cou n'étaient pas capables de la soutenir. Pas de convulsions. Fonctions normales et régulières. Excellent état général; il pesait près de 7 kilos à la naissance. Le placenta et le cordon étaient normaux. Parents indemnes de syphilis et d'alcoolisme. La mère a eu 6 autres enfants bien constitués, également à terme. Elle ne s'aperçoit de la contracture des deux membres inférieurs que 3 semaines environ après la naissance. Les cuisses fortement serrées l'une contre l'autre et placées dans l'adduction forcée ne peuvent être écartées même sous l'influence d'un effort considérable; cette contracture était permanente, elle ne s'atténue pas pendant le sommeil. La sensibilité est intacte. Vers l'âge de 6 mois, il peut à peine remuer les membres inférieurs. Les membres supérieurs sont moins contracturés; ils n'exécutent que quelques mouvements maladroits, après une certaine éducation. A 7 mois, il ne jouait qu'avec l'auriculaire droit; quelques semaines plus tard il parvient à se servir de l'auriculaire. Il a parlé aussi vite que ses frères et sœurs. Il est intelligent, sa mémoire est bonne. A 2 ans et demi, il présente toujours une contracture intense des deux membres inférieurs, prédominant au niveau des adducteurs. Les cuisses sont rapprochées, fixées l'une contre l'autre en adduction forcée avec rotation en dedans. Il est difficile de les écarter modérément même pendant le sommeil. Les deux pieds sont dans l'extension avec adduction, en équin varus; leur pointe et leur bord externe sont seuls, pendant la marche, en contact avec le sol qui est râclé, pour ainsi dire, à chaque pas. Les pieds s'entrecroisent, exécutent des mouvements de rotation autour l'un de l'autre sans pouvoir être portés franchement et directement en avant, comme dans la locomotion habituelle. Réflexes rotuliens exagérés. Sous l'action des courants de haute fréquence continués pendant trois mois, la rigidité symétrique et bilatérale des membres inférieurs diminue; cette amélioration est plus marquée aux jambes; mais la marche est toujours difficile, et lorsque tenu par les mains cet enfant veut faire un pas, il glisse péniblement son

pied qui, en décrivant autour de l'autre un mouvement de spire, râcle le sol qu'il ne quitte pas. Depuis 3 mois, les membres inférieur et supérieur gauches se sont atrophiés, ils sont plus mous, plus flasques que les membres correspondants. Le pied gauche glisse mieux sur le sol que le droit. Lorsqu'on lui fait serrer les doigts des mains, on trouve que l'effort musculaire est moins marqué à gauche. L'exagération des réflexes a diminué. Sensibilité normale.

En résumé, il ne s'agit pas, dans ce cas, d'un défaut de développement des faisceaux pyramidaux. La syphilis doit aussi être éliminée. Ce fait peut être rangé dans la *forme cérébro-spinale* décrite par Little, en 1862. Elle dépend de lésions survenues pendant les accouchements difficiles. Il est donc probable que, chez notre petit malade, cette asphyxie des nouveau-nés s'est accompagnée d'hémorragies méningées qui ont été suivies de lésions scléreuses, comme dans les cas analogues de Sarah Mac Nutt, de Railton. L'amyotrophie secondaire et tardive des membres supérieur et inférieur gauches cadre bien avec cette interprétation. Enfin, pour éviter les confusions, il conviendrait de réserver le nom de *maladie de Little* aux états paréto-spasmodiques survenant chez des enfants nés avant terme et dus à l'absence ou à l'arrêt de développement de la portion spinale du faisceau pyramidal.

Sur quelques variétés d'hémorragies méningées.

M. Pluyette. — I. *Hémorragie sus-dure-mérienne par rupture traumatique de l'artère méningée moyenne.* — M..., 50 ans, amaigri, tombe d'une hauteur de 2 m. 50 sur la région pariéto-temporale droite. Plaie cutanée petite et superficielle. Etat comateux, perte de connaissance, respiration bruyante, stertoreuse. A son entrée dans le service du Dr Pluyette, on constate une paralysie complète de tout le côté gauche, face comprise, une déviation conjuguée de la tête et des yeux. Le malade regarde sa lésion. Pupilles très resserrées, température normale. Pas d'écoulement sanguin ou séreux par l'oreille droite. L'ensemble de ces symptômes permettant de conclure à l'existence d'un caillot comprimant la zone rolandique droite, M. Pluyette applique sur ce point trois couronnes de trépan qui mettent directement à jour un vaste caillot mou, noir, friable, situé entre la face interne des os du crâne et la face externe de la dure-mère. On n'enlève que quelques fragments de ce caillot, on ne poursuit l'opération par crainte d'une nouvelle hémorragie. Le malade meurt dans la soirée et, à l'autopsie, on trouve un caillot pesant 75 grammes, placé entre la face externe de la dure-mère et les os craniens; il comprime et aplatit la zone rolandique droite, d'où hémiplégie de tout le côté gauche. Cette hémorragie provenait de la déchirure de l'artère méningée moyenne par le bord tranchant d'un fragment quadrilatère détaché de la table interne du temporal. Cette lame osseuse, mesurant 2 centimètres sur 3, avait un bord taillé en biseau qui avait sectionné nettement les trois quarts de la circonférence du tronc de l'artère méningée moyenne. Le trait de fracture se continuait jusqu'à la base du crâne. Ce cas peut être rapproché de celui de Ransohoff qui, en présence de rupture de la méningée moyenne, a trépané le temporal, évacué le foyer sanguin et lié, sans succès, la carotide primitive. Cette opération a aussi été pratiquée par Bentleo, Alexander, Gaingée.

II. *Traumatisme violent de la région temporo-pariétale droite, contracture secondaire et permanente des membres supérieur et inférieur gauches.* — R..., 31 ans, ni syphilitique, ni alcoolique, sans stigmates hystériques, tombe d'une hauteur de 5 mètres; on le relève sans connaissance et on constate, dans la région pariétale droite, à 5 centimètres au-dessus de l'oreille, une plaie contuse, puis un écoulement séreux et blanchâtre par l'oreille droite. A ce moment, d'après les notes recueillies par M. Raynaud, toute la moitié gauche du corps était paralysée et fortement contracturée. Cet état comateux dura 24 heures; le malade reprend connaissance et se souvient qu'alors son bras gauche était fixé contre le thorax, que l'avant-bras était fléchi sur le bras, que la main était en pronation et en flexion, enfin que les doigts étaient repliés dans la paume de la main. Tout mouvement spontané de ce membre était impossible. La jambe gauche était fléchie sur la cuisse, en rotation externe, de sorte que le pied venait toucher le milieu de la jambe droite; les orteils étaient également rétractés. Il ne peut ni marcher, ni se tenir debout : dès qu'il veut faire exécuter à ses membres contracturés le moindre mouvement, ils sont pris d'un tremblement rapide. La face a été respectée, mais la tête, dit-il, était inclinée à gauche. Ces contractures disparaissent pendant le sommeil chloroformique. Le 15 septembre 1898, il entre dans le service de clinique médicale dont nous étions chargé. Le membre supérieur gauche peut exécuter quelques mouvements brusques, saccadés, sans atteindre le but visé. Les doigts, fortement fléchis dans la paume de la main, saisissent difficilement les objets. Les réflexes sont exagérés. La sensibilité à la pression est un peu diminuée, les autres variétés de sensibilité sont normales; on note une anesthésie en manchette au poignet gauche. La peau du membre supérieur gauche paraît plus froide; la raie dermographique persiste pendant plusieurs heures. Excitabilité électrique normale, pas de réaction de dégénérescence. Les mouvements du membre inférieur gauche sont très brusques et incoordonnés. La jambe gauche est légèrement fléchie, le pied en extension. Les réflexes, en particulier les réflexes rotuliens, sont exagérés. Le clonus épileptoïde se produit aisément. La sensibilité est conservée. La démarche est brusque, saccadée, mal assurée; elle n'est possible qu'avec l'appui de deux aides qui soutiennent le malade de chaque côté. Le membre inférieur droit n'est jamais porté au devant de l'autre, il sert de pivot, de point d'appui, il quitte à peine le sol et il est placé légèrement en équerre. Le membre inférieur gauche décrit un mouvement spiroïde, s'appuie à peine sur le talon, est plus contracturé et présente un tremblement marqué. Le côté gauche de la face est asymétrique et les muscles correspondants sont le siège d'une légère atrophie. Quelques séances d'hypnotisme et de suggestion n'amènent aucun résultat favorable. Après une trentaine de séances de pendaison, les mouvements des membres supérieurs et inférieurs gauche sont moins brusques, moins saccadés. Quatre mois après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire deux ans et demi après le début de sa contracture, aucune amélioration n'est survenue. Il est difficile de dissocier exactement la part qui revient à l'hystéro-traumatisme et aux lésions méningo-corticales. Néanmoins, l'intensité du traumatisme nous a engagé à rapprocher ce cas du précédent.

III. *Pachyméningite. Hémorragie intra-arachnoïdienne. Hématome comprimant la zone rolandique gauche.* — F. F..., 51 ans, non syphilitique, légèrement alcoolique, éprouve, depuis deux mois, des douleurs de tête plus accentuées au niveau de la région temporale gauche; son intelligence et sa mémoire diminuent. Brusquement, il est pris de vertiges avec perte de connaissance de courte durée, de paralysie incomplète du membre supérieur droit, augmentant progressivement; le membre inférieur du même côté ne se paralyse que huit jours plus tard. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu deux semaines après; marche impossible, stupeur marquée, intelligence obtuse; il ne comprend pas ce qu'on lui demande; aphasie, hémiplégie droite complète avec paralysie légère de la moitié correspondante de la face; pupilles contractées, déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Il regarde sa lésion. Sensibilité abolie au niveau des membres paralysés. Quelques jours plus tard, contracture du membre inférieur droit avec exagération des réflexes rotuliens; elle est moins prononcée à gauche. Incontinence complète des urines et des matières; urines normales. Pas d'élévation de température. Au bout de huit jours, escarre sacrée médiane gagnant rapidement en surface et en profondeur. L'état général s'aggrave, coma, mort.

Autopsie. — La face interne de la dure-mère correspondant à la zone rolandique de l'hémisphère cérébral gauche, est tapissée par un hématome dur, noirâtre, très adhérent, mesurant 16 centimètres sur 11. Le caillot a une épaisseur de 1 centimètre vers son centre, il s'amincit sur les bords; il est formé d'une série de strates et porte l'empreinte des circonvolutions fronto-pariétales correspondantes qui sont aplaties, déprimées, congestionnées. La coupe de l'hémisphère cérébral gauche montre un piqueté rouge considérable et une forte hypérémie. Noyaux gris centraux normaux. Liquide abondant dans les ventricules. Petit foyer hémorragique, gros comme un pois,

sur la partie inférieure gauche de la protubérance. Quelques plaques d'athérome sur les sylviennes et sur les artères de la base du cerveau. Cœur volumineux; poumons très congestionnés; néphrite interstitielle. A l'*examen microscopique* de cet hématome, on voit une série de feuillets fibrineux stratifiés en rapport avec des méninges épaissies et infiltrées de cellules embryonnaires. On trouve encore des espaces lacunaires, des sortes de lacs sanguins, des diverticules communiquant avec le foyer hémorragique principal. On constate enfin, dans l'épaisseur des méninges, un grand nombre de petits vaisseaux, à structure embryonnaire, dont la rupture facile explique l'étendue de cet hématome.

IV. *Hématorachis.* — Veuve B..., 40 ans, sans antécédents pathologiques, se fatigue plus vite depuis deux mois, perd ses forces et son appétit. Elle va rendre visite à une voisine et, pendant la conversation, elle ressent des crampes, de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche; elle s'affaisse sans vertige, sans perte de connaissance. Le Dr Doulet qui voit cette malade deux heures plus tard, constate une hémiplégie gauche incomplète, le côté correspondant de la face est indemne. Huit heures après, cette parésie augmente; il existe une paralysie très prononcée des membres supérieur et inférieur gauches; enfin le côté droit est le siège d'un état parétique analogue à celui qui avait atteint, quelques heures avant, le côté opposé. Pas de fièvre. Le lendemain, paralysie complète, flasque, sans convulsions, ni contractures des quatre membres; face respectée, pas de douleurs, pas de vertiges; intelligence et mémoire intactes. Téguments pâles, froids; peau glacée, vaso-constriction considérable, absence de sueurs. Réflexes rotuliens abolis. Pieds en équin varus. Sensibilité diminuée aux membres inférieurs. La paralysie gagne les muscles du cou et de la nuque, déglutition difficile, voix éteinte, sensation de constriction à la gorge, pupilles normales, pas de troubles soit du côté de l'intelligence, soit du côté des organes des sens. Elle urine par regorgement. Absence de sucre et d'albumine; cinquante-six heures après le début de ces accidents, les symptômes de paralysie bulbaire augmentent; voix affaiblie, soufflée, contraction difficultueuse, pénible des muscles inspirateurs avec tirage, gêne croissante de la respiration, cyanose avec refroidissement; pouls filiforme, intermittent, pupilles punctiformes; les quatre membres sont toujours inertes, flasques, glacés. Elle ne perd pas connaissance, assiste à son agonie, meurt à 2 heures du matin.

Autopsie. — Cœur sain, congestion et suggillations des poumons; hypérémie des méninges cérébrales et des plexus choroïdes. Hématorachis fort abondant. Les méninges rachidiennes correspondant à la partie cervicale et lombaire sont infiltrées de sang noir, en partie liquide; il est très abondant sur certains points et empêche de voir la moelle; sa partie inférieure et la queue de cheval sont recouverts de caillots de formation récente. A 7 centimètres au-dessous de la protubérance et sur un trajet de 9 centimètres, caillot intra-méningé correspondant à la partie antérieure de la moelle, occupant sa partie latérale sur une longueur de 5 centimètres et demi et sur une largeur de 1 centimètre et demi et se prolongeant avec un caillot qui entoure complètement l'axe médullaire sur un parcours de 4 centimètres. De là, le caillot descend sur la face postérieure de la moelle sur un trajet de 17 centimètres et se continue avec un dernier foyer hémorragique qui recouvre les parties entéro-latérales de la moelle sur un parcours de 18 centimètres. Le cerveau et la moelle ne présentent pas d'altérations. La disposition anatomique, le siège, l'étendue de ces foyers hémorragiques, leur formation successive, leur propagation, leur localisation exclusivement rachidienne expliquent bien la brusquerie du début, la rapidité d'évolution de ces paralysies par compression médullaire. Le point de départ de cet hématorachis reste douteux. L'examen histologique montre que les gros vaisseaux sont normaux et qu'il existe des traces de pachyméningite dans la région cervicale.

V. — Nous avons enfin observé à l'autopsie d'une vache surmenée qui s'affaissa brusquement avec une paralysie du train postérieur, une infiltration hémorragique considérable sous la pie-mère spinale, dans l'arachnoïde, dans l'épaisseur et à la surface de la dure-mère correspondante, autour des éléments de la queue de cheval et des racines rachidiennes. Ces infiltrations sanguines ne sont pas rares chez les chevaux surmenés qui succombent avec des phénomènes paraplégiques. Les hémorragies intra-médullaires sont beaucoup plus rares. Nous en avons communiqué un cas au *Congrès pour l'avancement des sciences* (Marseille, 1891, page 756). La paralysie atteignit progressivement les deux pieds, les deux jambes, les deux cuisses; elle suivit la même progression ascendante du côté des membres supérieurs. Ce malade succomba avec des phénomènes de paralysie bulbaire semblables à ceux qui existaient dans notre observation IV et la marche progressive de cette paralysie ascendante pouvait faire songer à l'existence d'une *paralysie de Landry.*

Arthrite suppurée, rhumatisme polyarticulaire et manifestations spinales d'origine blennorrhagique. Présence du bacille pyocyanique dans le sang veineux recueilli 24 heures avant la mort.

M. Boinet. — Marie J..., âgée de 17 ans, contracte une blennorrhagie intense avec métrite; 15 jours après, elle est prise de douleurs très-vives dans l'articulation coxo-fémorale droite; elles s'irradient dans la région trochantérienne qui devient rouge, chaude, empâtée. Rhumatisme blennorrhagique, à gauche, au niveau du genou, du cou de pied. Cette localisation ne dure que 2 semaines. L'arthrite coxo-fémorale augmente d'intensité, cœur et poumons sains, écoulement blennorrhagique vaginal abondant, urines rares, chargées de pus, diarrhée fétide. Au bout de 2 mois, état général mauvais, escarre au niveau du sacrum, elle augmente rapidement en surface et en profondeur; les os sont mis à nu; langue dépouillée, rouge vif; vomissements fréquents, diarrhée incessante. 5 jours plus tard, cet état infectieux devient très accusé, subdélirium. L'articulation coxo-fémorale est toujours très douloureuse, la bouche est tuméfiée. Atrophie considérable des 2 membres inférieurs, paraplégie complète, marche impossible, pieds tombants; la malade ne peut se tenir debout, troubles de la sensibilité cutanée peu marqués. Un mois plus tard, l'escarre sacrée n'a aucune tendance à se cicatriser; urines purulentes, diarrhée profuse, gonflement du genou droit. L'articulation coxo-fémorale est toujours tuméfiée, douloureuse, les mouvements sont fort difficiles. L'atrophie des membres inférieurs a encore augmenté. Hébétude, délire. Le sang puisé avec toutes les précautions d'usage dans une veine du pli du coude et ensemencé dans du bouillon, donne, au bout de quelques jours, des cultures vertes de *bacille pyocyanique* mélangé à du coli-bacille. Le délire et les phénomènes infectieux s'accroissent, et la malade succombe dans un état comateux, 3 mois et 21 jours après avoir contracté sa blennorrhagie.

Autopsie. — L'articulation coxo-fémorale contient beaucoup de pus sanguinolent; la tête fémorale est abrasée, usée, rongée, privée de son cartilage articulaire, la cavité cotyloïde est rouge, baignée de pus. L'articulation fémoro-tibiale droite est atteinte d'arthrite sèche, plastique, sans pus. Poumons congestionnés, foie et reins graisseux. Rate volumineuse; des ensemencements faits avec la pulpe splénique donnent des cultures de coli-bacille.

Examen histologique. — Les nerfs rachidiens pris à l'extrémité inférieure de la queue de cheval, présentent par places, des points de dégénérescence granulo-graisseuse avec aspect vermiliforme. Les méninges rachidiennes sont épaissies. Les vaisseaux de la *moelle* sont dilatés, surtout au niveau des cornes antérieures; quelques-uns sont entourés de cellules embryonnaires. La conservation de cette moelle dans le liquide de Muller, n'a pas permis d'employer la méthode de Nissl. On trouve quelques cocci irrégulièrement diséminés dans les coupes de la moelle et des méninges. Barie a vu, dans un cas analogue, des streptocoques. Chez notre malade, ces manifestations spinales, sur lesquelles la thèse de Lustgarten (Paris 1898), donne les indications les plus récentes, paraissent dépendre non du gonocoque, mais des infections secondaires à une blennorrhagie extrêmement virulente.

Hamel et Vigouroux.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

7e SESSION (6, 7 ET 8 AVRIL 1899) (*suite*) (1).

Classification des rétrécissements des bassins.

M. FOCHIER propose une classification rationnelle, qui a pour but de fixer les esprits sur le mécanisme de l'engagement dans l'excavation. Le rétrécissement peut porter sur un seul diamètre d'engagement, sur deux de ces diamètres, ou sur la totalité (bassins circulaires) : d'où les divisions et les subdivisions de ce mode de classement.

M. DELORE rappelle qu'il est l'auteur d'une classification reposant sur la forme du détroit supérieur, et qui, d'après lui, serait plus simple.

Conclusions sur le parallèle des diverses opérations à pratiquer dans les bassins viciés.

M. CHARLES (de Liège). — 1° En obstétrique comme en toute chose, il faut de la *tolérance*, car on peut obtenir les mêmes bons résultats par des moyens très différents. 2° Il y a un contrat moral entre l'accoucheur et la femme qui s'est confiée à ses soins; celle-ci demande à être délivrée avec le moins de risque possible. 3° Si l'accoucheur juge nécessaire, dans l'intérêt de l'enfant, qu'il faille avoir recours à une opération plus dangereuse pour la mère, que les manœuvres usuelles, c'est-à-dire à la césarienne ou à la symphyséotomie, il doit, autant que possible, obtenir le consentement de la principale intéressée. 4° Dans le choix que l'accoucheur doit faire ou conseiller, il lui incombe de tenir le plus grand compte de la vie et de la santé de la mère dont l'équivalence, au triple point de vue social, économique, sentimental, est égale au moins à trois fœtus à terme. 5° Actuellement, les différents modes d'extraction du fœtus (forceps, version, etc.) à terme ou avant terme (accouchement prématuré artificiel) donnent, *dans certaines conditions*, des résultats très favorables et supérieurs à ceux obtenus par la césarienne et la symphyséotomie. 6° Quand on juge qu'un résultat favorable ne peut être espéré pour l'enfant, on a recours à la césarienne ou à la symphyséotomie, lorsque la circonstances le permettent. 7° S'il le faut, on ne songe plus qu'à la femme et l'on réduit le volume du fœtus vivant ou mort. 8° *A l'heure présente*, on ne peut affirmer que la symphyséotomie donne de meilleurs résultats que la césarienne : l'une et l'autre exigent de l'habileté, de nombreuses précautions antiseptiques, un milieu favorable, des aides intelligents.

Technique opératoire, résultats comparatifs immédiats et éloignés de l'opération césarienne et de la symphyséotomie.

M. BAR fait un exposé de ses cas personnels qui sont au nombre de 10 pour la césarienne et de 21 pour la symphyséotomie. Sa mortalité pour ces 31 opérations est d'une seule femme morte : tous les enfants sortis vivants de l'hôpital. Les conclusions qui se dégagent de ces observations sont les suivantes relativement à l'opération césarienne qui lui a donné une seule mort. Cette opération conservatrice peut être pratiquée avant le début du travail, l'atonie n'étant pas à craindre si on fait une injection d'ergotine au début de l'intervention. On ne se trouve donc plus dans les mauvaises conditions d'une opération d'urgence, mais d'une laparotomie ordinaire. M. Bar a pratiqué à 2 reprises différentes, avec succès, deux opérations césariennes chez la même femme et, en tenant compte des statistiques de Tweifel et de Léopold, il considère comme contre-indiqué de priver une femme de son utérus quand on pense que l'opération césarienne devra être employée lors de ses accouchements ultérieurs. Relativement à la symphyséotomie, M. Bar conclut de la manière suivante : la section de la symphyséotomie fait un travail plus ou moins prolongé; elle doit être complétée par l'extraction du fœtus ou l'accouchement spontané. La nécessité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus par le canal génital entraîne des aléas pour l'enfant. Le passage du fœtus provoque des lésions des parties molles qui acquièrent une gravité particulière à cause des dangers d'infection. La symphyséotomie s'accompagne souvent de troubles urinaires, et favorise l'apparition du prolapsus utérin. Les répétitions de la symphyséotomie nécessitent une technique spéciale et exposent davantage aux blessures de la vessie et aux plaies du vagin. Pour M. Bar, les indications relatives de la section césarienne conservatrice et de la symphyséotomie sont les suivantes : l'opération césarienne sauvegarde complètement les intérêts de l'enfant, tandis que la symphyséotomie ne le fait qu'imparfaitement. Les risques opératoires immédiats, et les dangers de mort par faute contre l'asepsie sont plus grands dans la césarienne que dans la symphyséotomie; mais l'extraction du fœtus augmente les risques d'infection dans la symphyséotomie. Aussi les progrès de l'asepsie ont-ils diminué beaucoup la mortalité et la morbidité de la mère après la section césarienne. Les suites éloignées de la césarienne sont beaucoup moins sérieuses que celles de la symphyséotomie. M. Bar estime que la césarienne est l'opération de choix quand la malade n'est pas en travail, qu'elle se trouve dans un milieu aseptique et qu'elle n'est sous le coup d'aucune chance d'infection. Ce choix sera d'autant plus indiqué que la femme sera primipare et aura un bassin plus étroit. Dans un certain nombre de cas l'opération césarienne reste indiquée malgré un début de travail.

M. BUDIN fait observer que, pour comparer la mortalité infantile de la césarienne et de la symphyséotomie, il faut prendre les femmes avant tout début de travail, car l'enfant peut mourir avant que le travail soit assez avancé pour permettre la symphyséotomie qui avait été décidée et qui, dès lors, n'est plus exécutée. Le rejet de ces cas rend incomplètes les statistiques de mortalité infantile comparées à celles de la césarienne.

M. CHARLES conclut de son expérience personnelle que la césarienne est une opération simple, facile, et peut être moins dangereuse que la symphyséotomie.

M. BOSSI préfère à la symphyséotomie l'accouchement prématuré et la césarienne, dont l'exécution est relativement simple à domicile et dans les campagnes, ainsi que le prouvent 11 observations rapportées par son assistant.

M. FOCHIER montre que la symphyséotomie est plus sérieuse que la césarienne à causé du *choc opératoire* consécutif à l'ouverture des articulations, et des mauvaises conditions communes à toute opération d'urgence. Pour lui, la vie de la mère a beaucoup plus de valeur que celle de l'enfant qui n'est que la possibilité d'une semblable, et on doit avoir la même conduite à l'hôpital et en ville. Il ne se croit pas autorisé à faire une opération sanglante et dangereuse sans prévenir l'intéressée et il redevient de plus en plus embryotomiste.

M. BAR rend justice au mouvement qui a conduit à la symphyséotomie sous l'impulsion puissante de M. Pinard et de ses élèves; car les forceps et les versions qu'on faisait autrefois dans les rétrécissements du bassin n'étaient souvent que des embryotomies déguisées. L'erreur a été de vouloir présenter la symphyséotomie comme une opération s'appliquant à tous les cas. Pour M. Bar l'accoucheur reste seul à décider de l'opportunité et du choix du mode d'intervention, sans avoir à tenir compte de l'opinion de la malade qui est incompétente.

M. BUDIN fait remarquer qu'il est impossible d'accepter une opération à l'exclusion de toutes les autres. Le discrédit dans lequel était tombé le forceps, était dû surtout aux applications antéro-postérieures qui ont été abandonnées depuis. Les applications obliques ou transversales sont loin de présenter les mêmes dangers.

M. Budin n'admet pas qu'on ne tienne aucun compte de l'opinion de la malade, et dans les cas où elle se refusera à toute opération sanglante, il recourra toujours à l'application de forceps, et en cas d'échec, à l'embryotomie, même sur l'enfant vivant. En résumé, la symphyséotomie a traversé 3 périodes : la période d'apparition avec Sigault; mais l'enthousiasme fut de courte durée; la renaissance se fit avec Morisani, qui la tira de l'oubli; la troisième période de généralisation date des travaux de Bouchacourt, et surtout de Pinard, Farabœuf et Varnier, avec lesquels elle a atteint son apogée. Il semble que cette opération commence une troisième fois à entrer dans une période de déclin.

Opération césarienne nécessitée par un kyste dermoïde par M. HERGOTT.

(1) Voir *Progrès médical*, 22 avril 1899.

Nouvelles recherches sur la menstruation, sur la pathogénie des fibromyomes, sur la sclérose du muscle utérin (projections microscopiques).

M. KEIFFER présente un grand nombre de très belles photographies microscopiques, relativement à la menstruation, il conclut que ce n'est pas l'ovaire en totalité, mais le corps jaune seul, qui constitue une glande à sécrétion interne.

La Société de charité maternelle à Rennes, de mai 1896 à avril 1899, par M. PATAY (de Rennes).

De l'ostéomalacie.

M. BASSÉ (de Gènes) rapporte 13 cas de castration ayant amené la guérison de cette maladie qui n'est pas rare et qui est très grave en Italie, où elle frappe surtout les femmes à leur plus grande activité ovarienne, c'est-à-dire entre 30 et 35 ans. L'ostéomalacie est toujours apparue pendant la grossesse, et présente dans tous les cas une aggravation pendant les jours qui correspondraient aux époques menstruelles. Les résultats immédiats et éloignés de ces interventions ont été excellents : la restauration osseuse était parfaite quatre mois après. L'examen histologique des ovaires n'a rien montré de particulier. Pour lui, la misère physiologique n'est qu'une cause prédisposante.

Présentation de placentas desséchés de poids, de forme et de constitution différents.

M. DELORE montre qu'il existe un type primitif qui varie beaucoup suivant les individus, les races, et également suivant les climats.

De l'utilité de deux forceps, droit et gauche, au point de vue de la suppression de la manœuvre du décroisement.

M. LOVIAT montre que le décroissement n'est pas sans inconvénient pour les parties molles, et en particulier pour la vulve, surtout chez les primipares. L'idée la plus simple pour éviter cette manœuvre, consiste à mettre le pivot sur la branche droite, comme l'a fait M. Loviat dans l'instrument qu'il présente.

Présentation d'un nouveau matériel radiographique : bobine à un seul pôle actif; tube de Crookes maniable et inoffensif pouvant être tenu à la main ou introduit dans les cavités naturelles, fluoroscope rationnel.

M. BOUCHACOURT rappelle que la méthode de production de rayons de Rœntgen à laquelle il a donné le nom d'endodioscopie, et caractérisée par la mise au sol du pôle positif du générateur d'électricité, du côté du disque de l'ampoule de Crookes du sujet et de l'opérateur. Ce fonctionnement avec un seul pôle actif présente pour les applications médicales des avantages multiples : possibilité de toucher le tube, de le promener à la surface du corps du malade et de l'introduire dans une cavité naturelle. Aucune sensation n'est perçue par le malade ni par l'opérateur, qui sont à l'abri des troubles trophiques, et de tout phénomène d'influence électrique. Après avoir employé la machine Carré comme générateur d'électricité, M. Bouchacourt a fait construire de grosses bobines unipolaires sur le principe des petites bobines d'allumage, et il les emploie exclusivement aujourd'hui. Les tubes de Crookes doivent présenter une forme et des dimensions appropriées à l'usage qu'on veut en faire : introduction dans une cavité ou seulement dépression des parties molles. Avec le matériel que présente M. Bouchacourt on pourra manier le tube de Crookes aussi facilement qu'une lampe à incandescence ou ordinaire. La pratique seule fixera quels sont les organes qui sont justiciables de la production des rayons de Rœntgen dans les cavités ou seulement à la surface extérieure du corps mis en contact avec lui, de façon à utiliser la plus grande partie des rayons unis en profitant de toute leur intensité.

Statistique personnelle de 10 cas d'opération césarienne pratiquée de 1891 à 1896.

M. GUENIOT relève 4 décès maternels tous, les enfants sortirent vivants de l'hôpital.

Un cas clinique embarrassant.

M. A. HERGOTT (de Nancy) rapporte une observation de femme enceinte dont l'état d'apparence très grave, n'était dû qu'à une constipation extrêmement opiniâtre; confirmant une fois de plus l'importance du rôle de l'intestin pendant l'état de gravidité.

Pouls et puerpéralité.

M. AUDEBERT (de Toulouse), rapporte 50 observations prises pendant la grossesse et l'accouchement, avec les graphiques à l'appui.

Hémorragie du segment inférieur de l'utérus.

M. MAYGRIER rapporte l'observation d'une femme qui étant enceinte de 7 mois 1/2 présentait les signes du placenta prævia (hémorragie et empâtement du segment inférieur. Après la délivrance il survint des signes d'hémorragie interne, le palper permit de sentir un corps utérin extrêmement dur, remontant au dessus de l'ombilic, surmontant une masse molle, fluctuante, qui était constituée par le segment inférieur rempli de 750 grammes de caillots. Le segment inférieur se laisse donc facilement distendre par le sang, qui reste accumulé sans donner lieu à une hémorragie externe. Au point de vue thérapeutique il faut remplir 2 indications ; évacuer les caillots et arrêter l'hémorragie à l'aide du tamponnement.

M. BAR admet que ces faits ne sont pas très rares, et que l'accumulation du sang dans le segment inférieur reconnaît trois causes : 1° l'inertie totale de l'utérus (le sang s'accumulant soudainement dans le segment inférieur) ; 2° une déchirure du segment inférieur dans les cas d'insertion normale du placenta; 3° une hémorragie du segment inférieur après la délivrance dans les cas de placenta prævia. Le traitement varie suivant la cause.

Pour M. FOCHIER, ce qu'il y a d'anormal dans l'observation de M. Maygrier c'est la contraction ou le rétrécissement du col ayant empêché l'hémorragie externe.

Présentation d'une cuillère pour gavage nasal.

M. HERGOTT (de Nancy). — Cet instrument, qui a la forme d'un sabot terminé par un bec recourbé, est appelé à rendre de grands services pour l'alimentation des nouveau-nés et des éclamptiques.

Deux cas de mort par omphalorragie tardive.

M. BOISSARD rapporte deux observations qui se sont produites d'une façon imprévue, longtemps après la chute du cordon. Tous les procédés hémostatiques employés, y compris la ligature, ont été inefficaces, et les enfants sont morts. Dans un seul cas, seulement la syphilis fut reconnue, mais il est probable que cette cause d'hémorragie tardive du cordon est toujours due à une endophlébite particulière d'origine hérédo-syphilitique.

Alimentation du nouveau-né débile.

M. BUDIN établit tout d'abord quelle est la quantité de lait à donner au nouveau-né. Cette question a un grand intérêt pratique, car l'insuffisance de l'alimentation donne lieu à des accès de cyanose souvent très graves pouvant entraîner la mort, au contraire, avec l'alimentation en excès, on peut craindre des troubles digestifs : diarrhée, entérite, etc., accidents présentant aussi une certaine gravité. L'évaluation du lait à donner à l'enfant a été déterminée par des moyens divers. Les uns se sont guidés sur la capacité de l'estomac, M. Budin a eu recours à l'observation journalière en mesurant exactement chez tous les enfants la quantité de lait ingéré. Cette observation clinique attentive a montré que, peu après la naissance, l'enfant prenait très peu de lait; puis la quantité augmentait progressivement jusqu'au dixième jour pour rester ensuite approximativement la même. Cette loi d'accroissement présente d'ailleurs des variations suivant le poids de l'enfant : pour les enfants au-dessous de 1.800 grammes, l'augmentation des premiers jours est beaucoup moindre au début que pour les enfants d'un poids plus élevé ; la descente de poids des premiers étant d'ailleurs plus grande et durant plus longtemps. Quelle est la quantité de lait que doit prendre normalement un enfant âgé de plus de 10 jours?

Pour les enfants pesant plus [illegible], M. Budin a établi la loi suivante, destinée [illegible] quantité de lait nécessaire à son accroissement. [illegible] obtenue pour 24 heures, en multipliant par [illegible] représentant le poids de l'enfant et en lui supprimant [illegible] un enfant de 2.000 gr. devrait prendre 200×2, c'est-à-dire [illegible] gr. En procédant ainsi, on évitera presque sûrement [illegible], la cyanose et les troubles digestifs; indices d'une [illegible] mal réglée, quoiqu'il faille tenir compte, en [illegible] du lait et de la valeur d'assimilation de l'[illegible] cas où la nourrice a un lait très riche, une [illegible] grande de lait est nécessaire. M. Budin aboutit [illegible] pratiques suivantes : l'enfant débile doit [illegible] sa mère ou par une nourrice qui devra garder [illegible] pour entretenir la sécrétion lactée. Quand les [illegible] turés, ayant atteint le chiffre de 3 000 gr., sortaient du service des débiles, ils se trouvaient souvent dans [illegible] conditions; car la mère n'avait généralement presque [illegible] de lait dans ses seins. On doit donc conseiller aux mères [illegible] s'efforcer de conserver leur sécrétion lactée pendant l'[illegible] de leur enfant. M. Budin rapporte les divers artifices [illegible] employer par les mères : tétées par un petit chien, tétées [illegible] nalières, tétées par un enfant mercenaire, par le mari, [illegible] jumeau plus gros, et enfin, dans un cas, par un enfant [illegible] plus de deux ans qui rappelait à sa mère l'heure des [illegible]

H. [illegible]

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Hypertrophie diffuse des os de la face et [illegible]

M. Le Dentu rapporte une observation de [illegible] ossea due à M. Baudron (de Nice). Ce cas et cinq [illegible] nels lui permettent de donner les conclusions [illegible]: 1° Les lésions ne sont pas toujours symétriques [illegible] dinairement le maxillaire supérieur qui est le [illegible] l'hypertrophie unilatérale; je l'ai vue [illegible] temporal. D'autre part, la symétrie a [illegible] des tumeurs pédiculées n'ayant aucun rapport [illegible] ractères objectifs et évolution, avec l'hypertrophie [illegible]; 2° les lésions débutent quelquefois par [illegible] lésions évoluent avec une lenteur plus ou [illegible], parfois même avec une grande rapidité. [illegible] durée n'a pas dépassé un mois, mais [illegible] est de plusieurs années : 4° loin d'être [illegible] ment par de la substance osseuse, les [illegible] l'examen histologique, une combinaison, [illegible] tions variables, d'éléments osseux, [illegible] tiques; 5° le pronostic est rarement [illegible] lenteur habituelle de l'évolution; [illegible] la vie par des troubles fonctionnels [illegible] bouche (difficulté de la mastication) [illegible] (gêne de la respiration), par des [illegible] salive, par des hémorragies d'[illegible] des phénomènes cérébraux dus à la [illegible] céphale et à l'irritation des méninges. [illegible] tielle des masses osseuses nouvelles [illegible] bon résultat. Il serait permis [illegible] trophie dès son début par l'[illegible] combinées avec la cautérisation [illegible]

Variole et [illegible]

M. Hervieux insiste sur [illegible] anciens varioleux à contracter [illegible] cent seulement échapperaient à [illegible] est importante pour l'hygiène [illegible] campagne, éviter avec soin [illegible] berculeux. Elle montre [illegible] la vaccine.

La [illegible]

M. Ducroquet décrit une [illegible] ment non sanglante permettant [illegible] d'obtenir la rétraction de la [illegible].

Séance du [illegible] avril. — Présidence de M. le Pr Panas.

[illegible]

M. F. [illegible] les conditions [illegible] des communes [illegible]. Ce sont les [illegible] tairie, [illegible] ou celle recherche [illegible]

[illegible]

M. Poncet [illegible] avec M. [illegible] et renfermant [illegible] avec guérison [illegible] de plusieurs années.

[illegible]

M. [illegible] en collaboration avec M. [illegible] de chirurgie [illegible] est complétée par des [illegible] de M. [illegible] trique des opérés.

[illegible]

M. [illegible]

Élections.

[illegible] correspondant national : 1re ligne, M. [illegible]; 2e ligne, M. [illegible]; 3e ligne [illegible] par ordre alphabétique : MM. [illegible] (de Lyon).

[illegible]

VARIÉTÉS

Les Femmes Médecins à Rome

Par Mlle Mélanie LIPINSKA.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

considération qu'on ne pouvait jamais les priver de leur charge, même pour cause de crime!

Le culte d'Esculape, la foi dans la science des prêtres de ce dieu restèrent en honneur jusqu'à l'époque chrétienne. Même sous le règne des empereurs, écrit Sprengel, les maîtres aimaient au lieu de faire soigner leurs esclaves malades par les médecins, les envoyaient dans les temples d'Esculape; et c'est ce qui détermina Claude à édicter une loi portant que tout esclave qui recouvrerait la santé dans ces temples serait mis aussitôt en liberté.

A côté de cette médecine surtout sacerdotale s'établit à Rome, à un moment donné, la médecine laïque.

Celle-ci, importée de la Grèce, resta d'abord confiée à la classe des affranchis ou même à celle des esclaves. C'était leur mérite personnel qui les élevait parfois au-dessus de la fortune que leur avait faite leur naissance ou la guerre. D'ailleurs, nous devons faire remarquer ici que, pendant très longtemps, les Romains s'étaient refusés à recevoir parmi eux les médecins grecs, tous les arts venant de la Grèce leur paraissant suspects. Sur ce point les écrits de Caton le Censeur sont bien caractéristiques. « Une fois pour toutes, écrivait-il à son fils Marcus, je vous interdis les médecins. » Mais bientôt arrivèrent des hommes libres. Le premier médecin grec libre, établi à Rome, fut Archagatus (vers 220 av. J.-C.). Asclépiades suivit son exemple. Leurs succès, le prestige de la grande ville, le goût naissant des Romains pour les médecins grecs, la facilité de pratiquer la médecine, attirèrent après eux une foule de médecins grecs. Jusqu'à la dictature de César ils ne furent pas citoyens romains, ce qui ne diminua pas, du reste, leur autorité auprès des clients. César, considérant qu'il importait d'augmenter l'empressement des étrangers instruits à se fixer à Rome, accorda le droit de cité à tous ceux qui exerçaient la médecine ou enseignaient les arts libéraux (1). Depuis ce décret les médecins grecs accoururent en foule et on les retrouve à Rome jusqu'aux derniers moments de sa gloire.

Parmi eux sûrement se trouvaient des femmes et leur exemple fut bientôt suivi par les Romaines, d'autant plus qu'au temps de César et de ses successeurs [illegible] de l'ancienne famille patriarcale, qui entravait beaucoup la liberté de la femme, fut brisée définitivement. [illegible] esprit large et libéral de la loi grecque pénétra dans la loi romaine et fit éclater de toutes parts les moules [illegible] d'un formalisme suranné.

Plusieurs auteurs nous [illegible] médecins à Rome. Le plus ancien parmi eux est [illegible] Largus (43 après J.-C.).

Dans son livre [illegible] prescriptions — très efficaces [illegible] — qu'il a empruntées à deux femmes. L'une [illegible] épilepsie (2), l'autre, [illegible] secret, contre les coliques. [illegible] que les deux femmes auxquelles il [illegible] communique pas les [illegible] la première est désignée par [illegible], l'autre est qualifiée [illegible] « bonne femme d'Afrique [illegible] avait été un véritable médecin [illegible] possédaient le terme [illegible].

Au contraire [illegible] les noms sont rapportés par [illegible] des *medicæ*.

Le troisième livre de [illegible] Octavius Horatianus, appelé aussi Théodorus [illegible] à une Victoria, laquelle [illegible] seulement la médecine [illegible] femmes. Dans l'[illegible] le nom de Victoria est [illegible] rons ces quelques [illegible].

---

(1) [illegible] p. [illegible]

(2) [illegible]

(3) Octavii Horatiani [illegible] 1532.

Octavii Horatiani liber tertius ad Victoriam de passionibus mulierum et curis earumdem.

PRÉFACE.

« Victoria! je veux que tu connaisses de moi, aussi bien les doux services de mon art que l'efficacité qu'on en peut attendre. Pour cette raison, après avoir composé deux livres sur les différentes maladies des êtres humains, j'ai pris la résolution d'en écrire un troisième consacré spécialement aux maladies des femmes. Et, comme il demandait autant d'attention que les autres, je l'ai écrit comme les précédents, à l'écart de la vie publique. Puisse-t-il te servir! Je serai content de pouvoir t'aider de ma science. Quant à toi, à qui la communauté de sexe facilite considérablement la pénétration des secrets de tes malades, répands tes soins avec assiduité, exerce la médecine avec dévouement et souviens-toi des conseils que contient mon petit traité (1). »

Plus loin, au chapitre V *De conceptione*, il dit :

« Tu sais très bien, tu le sais même mieux que moi, vu ta clientèle spéciale, combien il est important, dans notre profession, de posséder des connaissances sur ce point-là; et, combien de gratitude et de renommée acquiert un médecin, si, en suivant ses conseils, une femme stérile conçoit (2). » Ces textes sont trop clairs pour qu'on n'y voie pas qu'il s'agit d'une femme médecin studieuse et intelligente traitée par un médecin de valeur sur le pied d'égalité.

Au quatrième livre, Octavius Horatianus mentionne une Leoparda et lui emprunte une prescription contre l'hydropisie : *Ad hydropem quod monstravit Leoparda* (3).

Chez plusieurs poètes nous retrouvons aussi le nom de « *medica* ». Dans une épigramme pleine de verve mais que nous ne pouvons reproduire (De Leda) Martial (4) dit : « *Protinus accedunt medici, medicæque recedunt.* » (Les médecins arrivent et les médiciennes partent.)

Apulée (Métamorphose V) met dans la bouche d'une des sœurs de Psyché appelée à soigner un mari, cette plainte : « *Nec uxoris officiosam faciem sed medicæ laboriosam personam sustinens.* »

Mais les recueils d'archéologie sont une véritable mine de documents relatifs à l'existence des femmes médecins à Rome. Dans la capitale, en Italie, en France, dans la Péninsule ibérique, les inscriptions funéraires des *medicæ* ont été signalées. Ces collections d'inscriptions lapidaires témoignent nettement que la médecine était exercée par des femmes qu'il ne faut pas confondre avec les ornatrices ou avec les accoucheuses désignées sur plusieurs monuments par le nom d'*obstetrices*. Les *medicæ* existaient bien légalement sous l'empire romain. Les monuments épigraphiques sont d'une si minutieuse exactitude lorsqu'ils mentionnent les professions, qu'il est difficile d'admettre qu'on ait confondu la femme médecin avec l'accoucheuse. Mongez, l'abbé Greppo, M. de Boissieu acceptent pour *medica* le sens de « la femme pratiquant toute la médecine » et non seulement les accouchements (5).

Le grand *Corpus inscriptionum* de Gruter (6) donne quelques inscriptions funéraires de *Rome* et, à la page 312 de ce recueil, se trouve l'inscription suivante :

SECVNDA
LIVILLAES
MEDICA

(Secunda esclave de Livilla femme médecin) (7).

---

(1) *Op. cit.* p. 72.

(2) *Op. cit.*, p. 75.

(3) *Op. cit.*, p. 88.

(4) Collections des auteurs latins sous la direction de Nisard. Paris 1842. Martial l. 11. ep. 71 (p. 517). Beaugrand indique faussement le Ier livre au lieu du XI, [illegible] aussi que Littré traduit [illegible], ce qui n'est pas exact.

(5) [illegible] — Documents pour l'histoire de la médecine à Lyon, p. [illegible]. M. Albert (Médecine grecque à Rome) confond [illegible] à tort [illegible] qui s'occupaient des soins du corps [illegible] « [illegible] » ce mot pouvait bien désigner les femmes médecins, très instruites pour le traitement de toutes les maladies; mais il ne désigne aucune catégorie spéciale.

(6) Gruter. — *Corpus inscriptionum.* Amsterdam, 1706, t. II.

(7) Plusieurs femmes médecins [illegible] que cela avait [illegible] pour

Plus loin, à la page 636, nous trouvons :

MINVCIA
D. L. ASTE
MEDICA

Nous ferons une moisson beaucoup riche dans les *Inscriptiones urbis Romæ Latinæ* de Hertzen et Rossi, Berlin, 1882, qui font partie de la monumentale publication berlinoise : *Corpus inscriptionum latinarum.*

Ainsi, dans la vigne d'Aquari, fut trouvée une table triangulaire portant ces mots :

MELITINE
MEDICA APPALEI (1).

Dans la vigne d'Amendola on découvrit, en 1820, une table en marbre qui se trouve maintenant au musée de Berlin.

DEAE SANCTAE MEAE
PRIMILLAE. *MEDICAE*
L. VIBI MELITONIS. F
VIXIT ANNIS XXXXIIII
EXEIS. CVM. L. COCCEIO
APTHORO. XXX. SINE
QVERELLA FECIT
APTHORVS. CONIVG.
OPTIMAE. CASTAE
ET SIBI (2).

Près de la tombe des Scipions on retira, en 1784, dans la vigne Moroni, un fragment de marbre, maintenant au musée du Vatican :

IVLIA
PIE
MEDICA (3).

D'une maison privée entre le Trivium et le Quirinal, provient l'inscription qui se trouvait au musée du cardinal Carpense et qui fut vendue frauduleusement après sa mort :

MINVCIA
D. L. ASSTE
MEDICA (4).

Enfin du jardin, sous la porte Pancratiana, on exhuma une table qui portait les mots suivants :

TERENTIAE
NICENI TERENCIAE
PRIMAES *MEDICAS.* LI
BERTAE. FECERVNT
MVSSIVS ANTIOCHUS
ET MYSSIA. DIONYSIA
FIL M.B. M. (5)

Il est possible qu'au début, les medicæ se soient appelées, à l'exemple des grecques, « *iatromaiai* », au moins le livre de Hertzen et de Rossi contient deux inscriptions qui portent ce nom. On n'en peut pas fixer la date, mais le petit nombre qu'on en a trouvé, confirme notre opinion, à savoir que le mot *medica* est d'une origine postérieure.

Au Vatican se trouve une table en marbre portant l'inscription :

VALERIAE BERECVNDAE. IATROMEAE
REGIONIS SVAE PRIMAE. AV. AVN.
M. VIII. D. XXVIII. VALERIA BITALIS
FILIA. MATRI. DVLCISSIMAE
ET P. GELLIVS. BITALIO
CONIVSI SANCTISSIMAE (6).

L'autre *iatromaia* était peut-être grecque comme on pourrait présumer d'après le mot καλλιστα (la meilleure, excellente):

VALIAE CALLISTE
IATROMEAE
ECILIVS LVSIMA
CHVS CONIVGI SVAE. FEC (1)

(Table en marbre de la villa Pamphilia.)

Quant aux obstétrices et aux ornatrices, la collection de Hertzen et Rossi contient une quantité considérable de leurs inscriptions funéraires (n. 9720—9736). Nous ne les citons pas, ayant déjà établi la différence entre elles et les femmes médecins.

On a trouvé à *Capoue* une table en marbre dont l'inscription, complétée par Mazochi et Mommsen, est très touchante : « A *Scantia Redempta*, femme incomparable dont la vie ne peut être assez louée. Car, ce fut une jeune femme digne de toutes louanges, d'abord pour sa pudeur et sa piété, puis pour son amour de ses parents et sa chasteté sans tache. Elle fut maîtresse ès sciences médicales (*antistes disciplinæ in medicina fuit*). Son mari a perdu en elle le bonheur familial et l'essence de sa vie. Elle a vécu 22 ans 10 mois.

« Flavius de Tarente et Scantia Redempta, ses parents, ont érigé ce monument à leur fille très chérie (2). »

Indiquons rapidement les autres inscriptions italiennes : *Osimo* (It. méridionale) :

DEIS. MANIB.
IVLIAE Q. L
SABINAE
MEDICAE
IVLIVS. ATIMETVS
CONIVGI
BENE MERENTI (3).

Florence (Villa Strozzi) :

VENVLEIA
D. L. SOSIS
MEDICA (4)

Vérone :

C. CORNELIVS
MELIBOEVS. SIBI
ET. SENTIAE. ELIDI
MEDICAI 66
CONTVBERNALI (5)

A *Lyon*, le D[r] Poucet décrit l'inscription suivante :

METILIA DONATA *MEDICA*
DE SVA. PECVNIA. DEDIT
L. D. D. D (6)

Metilia Donata medica de sua pecunia dedit locus datus decreto Decurionum. « Metilia Donata, femme médecin, a donné (ce monument) qu'elle a payé de ses propres deniers.

« L'emplacement a été donné par un décret des décurions. »

Dimensions : hauteur, 0,60; largeur, 2,50; épaisseur, 0,80.

La hauteur des lettres est de 0,10.

M. Poucet s'exprime ainsi : « Cette partie du monument a été découverte à Saint-Irénée, en 1824, à Lyon. On l'avait placée, à ce moment, dans les murs latéraux du grand escalier de cette église. En 1845, elle a été transportée au palais Saint-Pierre. On ignore quelle était la fondation faite par Metilia. A l'époque de la décadence de la civilisation romaine, la grandeur et la beauté de ce bloc de choix l'avaient fait employer comme tombeau (7). »

les hommes, étaient des affranchies ou des esclaves, mais l'etat de servitude n'etait point un obstacle aux sentiments d'affection que leurs maitresses conservaient pour elles et qui persistaient quelquefois après la mort.

(1) Hertzen et Rossi — *Op. cit.*, p. 1025, n. 6851.
(2) Hertzen et Rossi. — P. 1065, n. 7581.
(3) Hertzen et Rossi. — P. 1259, n. 9614.
(4) Hertzen et Rossi. — P. 1859, n. 9615.
(5) Hertzen et Rossi. — P. 1259, n. 9616.
(6) Hertzen et Rossi. — *Op. cit.*, p. 1245, n. 9477.

(1) Hertzen et Rossi. — P. 1245, n. 9478.
(2) Mommsen. — *Insc. Lucaniæ, Campaniæ, Siciliæ, Sardiniæ*, Berlin, 1883, p. 399, n. 3980 (C. J. L. vol. 10, p. I).
(3) Gruter. — *Op. cit.*, t II, p. 636.
(4) Gruter. — P. 1259, n. 9617.
(5) Gruter.— *Op. cit.*, II, p. 636, n. 3 ; aussi Mommsen, p. [illegible]53, n. 3.
(6) Les mots sont séparés par des hederæ cordiformes. L'A de « medica » et une partie du T de « dedit » manquent.
(7) Poucet. — Documents pour l'histoire de la médecine à Lyon.

Nous devons au même savant une autre description :

MINVCIA
DL. STELTE
MEDICA

Cette inscription a été extraite d'une maison de l'ancienne rue du Bessard, à Lyon. Elle a été décrite et publiée comme étant à Rome. On ignore comment elle est venue d'Italie à Lyon (1).

Gruter a signalé à *Nîmes* une table funéraire :

FLAVIAE
HEDONES
MEDICAE
EX. T (2)

L'Espagne possédait aussi des medicæ (d'ailleurs Martial était espagnol) et c'est encore à Gruter que nous devons l'inscription de *Tarragone* :

IVLIAE. QVI
NTIANAE
CLINICE. FIL
KARISSIM
MATER
POSVIT ET
SIBI (3)

(A la fille bien-aimée Julie Quintiana, *clinicienne*, et à elle-même posa ceci la mère.)

Dans la même ville, Hübner signale, sur un monument funéraire, une inscription dont nous empruntons ces deux vers :

Ussere ardentes intus mea viscera morbi
Vincere quos medicæ non potuere manus.
(Les maladies brûlantes ont brûlé mes viscères
Et les mains de la *medica* n'ont pas pu les vaincre) (4).

Enfin, à *Merida* (Augusta-Emerita) en Portugal, on trouva, en 1608, une table funéraire portant ces mots :

IVLIAE SATVRNINAE
ANN XXXXV
VXORI INCOMPARABILI
MEDICAE. OPTIMAE
MVLIERI SANCTISSIMAE
CASSIVS PHILIPPVS
MARITVS OBMERITIS (5)

(A Julie Saturnine, âgée de 45 ans, à l'épouse incomparable, à la meilleure medica, à l'épouse la plus sainte, Cassius Philippe mari, pour les mérites.)

Parmi les femmes qui embrassèrent la religion chrétienne, il s'en trouvait quelques-unes qui s'occupaient de médecine. Mais, les renseignements que nous possédons sur elles sont très insuffisants. D'après Carptzovius (6), *Theodosia*, la mère de saint Procope martyr, excellait si bien en médecine et en chirurgie qu'elle les exerçait l'une et l'autre à Rome, avec le plus grand succès. Vers 312, elle fut exécutée par le glaive lors de la persécution de Dioclétien et mourut courageusement. Son nom se trouve dans le catalogue des saintes (le 29 mai). Le jésuite polonais Abraham Bzowski (Bzovius) (7) parle d'une sainte *Nicérate* qui habitait à Constantinople au temps de l'empereur Arcadius. Elle brillait par ses vertus et était très versée dans les sciences médicales. Il est probable que c'est elle qui a guéri saint Jean-Chrysostome de la maladie d'estomac dont il souffrait. Ce saint parle d'elle dans la quatrième Lettre à Olympiade (Rom. martyr., Sozomen, livre 8, ch. 23. Niceph, livre 13, ch. 25.)

(1) Poncet. — Documents pour l'histoire de la médecine à Lyon, p. 9.
(2) Gruter. — *Op. cit.*, II, p. 635, n. 9.
(3) Gruter. — *Op. cit.*, p. 635, n. 10.
(4) Hubner. — *Inscr. Hispaniæ latinæ*, Berlin, 1869. p. 580, W. 4314.
(5) Hubner. — *Op. cit.*, p. 62, n. 497.
(6) B. Carptzovius. — *De medicis ab Ecclesia pro sanctis habitis*, 1709, p. 28.
(7) A. Bzovius. — *Nomenclatura sanctorum professione medicorum.* Rome, 1621, p. 40.

Enfin, voici une femme qui a ce grand mérite aux yeux de la médecine, d'être la fondatrice du premier hôpital (1) en Italie : c'est *Fabiola* ou Fabia, élevée par l'Église au rang de sainte. Née d'une illustre famille, elle vendit, après la mort de son époux, tout ce qu'elle possédait et en employa le prix au soulagement des pauvres. Elle partit pour un long voyage, mais une irruption des Huns l'ayant obligée de quitter les provinces d'Orient, elle revint à Rome et se retira peu après à Ossie où elle fonda, en 380, un hôpital. D'après saint Jérôme (2) elle y faisait soigner les malades qu'elle recueillait sur les places publiques. Elle est morte vers 400.

VARIA

Caisse des Pensions de retraite du corps médical français.

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français a tenu, le 9 avril dernier, sa séance annuelle, sous la présidence de M. le Dr Lande, président. Du rapport présenté par le Dr Verdalle, trésorier, nous extrayons les chiffres qui suivent :

Le bilan, dressé au 31 décembre 1898, donnait :

Pour le capital inaliénable	Fr.	535.697 02
Pour la Caisse de réserve	—	189.218 08
Pour la Caisse auxiliaire.	—	3.332 90
Total.	Fr.	728.248 »

La situation, au 9 avril, est la suivante :

Portefeuille	Fr.	726.897 85
Valeurs en caisse	—	47.615 66
Total de l'avoir	Fr.	773.913 51

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français distribue, en 1899, une somme de 21.721 francs à 27 medecins et femmes de médecin.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Cours d'histologie. — M. le Dr J. JOLLY commencera le 25 mai, au laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois. On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M le Dr F. TERRIEN, chef de clinique, recommencera le mardi 9 mai, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). — M. DRUAULT, chef du Laboratoire, recommencera le lundi 1er mai, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° *Anatomie* normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques); 2° *Bactériologie* clinique de l'œil. — Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 5 heures; le second, les lundi, mercredi et vendredi à la même heure. — S'inscrire d'avance tous les matins à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

NÉCROLOGIE

M. le Pr FRIEDEL, membre de l'Institut.

M. FRIEDEL, professeur de chimie organique à la Sorbonne, dont nous avons le regret d'annoncer la mort, naquit à Strasbourg le 12 mars 1832. Il fit partie de cette pléiade de chimistes que l'Alsace fournit à la France et parmi lesquels brillèrent les Wurtz, les Schutzenberger et les Ritter. Il fut successivement conservateur des collections minéralogiques à l'Ecole des Mines, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure, professeur de minéralogie à la Faculté des sciences, enfin en 1884 il occupa à la Sorbonne la chaire de chimie organique.

(1) Vercoutre. — La médecine publique dans l'antiquité grecque, p. 360.
(2) *Epist. ad Oceanum de morte Fabiolæ* (lib. III, ép. 10).

Doué d'une puissante intelligence, d'une patience et d'une ténacité sans pareilles, le savant chimiste, avec un patriotisme éclairé trop rare chez nous, fonda et dirigea l'enseignement pratique de la chimie appliquée à l'industrie, enseignement destiné à libérer notre industrie et notre commerce du tribut de l'étranger. A l'Institut, dans les discussions duquel il intervenait fréquemment avec autorité, Friedel exposa la plupart de ses travaux sur les acétones, les aldéhydes, les anhydrides lactiques, les aromatiques, etc., etc.

Chez lui, l'homme privé égalait le savant et la mémoire de Friedel sera longtemps pour tous un objet d'admiration et de respect.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 avril au samedi 22 avril 1899, les naissances ont été au nombre de 1.174, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459, illégitimes, 148. Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 416, illégitimes 151. Total, 567.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 16 avril au samedi 22 avril 1899, les décès ont été au nombre de 1.107, savoir : 576 hommes et 531 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 10. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 16, F. 18. T. 34. — Scarlatine : M. 5, F. 0, T. 5. — Coqueluche : M. 3, F. 10, T. 13. — Diphtérie. Croup : M. 5. F. 3, T. 8. — Grippe : M. 15, F. 16, T. 31. — Phtisie pulmonaire : M. 132, F. 72, T. 204. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 7, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 15, T. 35. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 29, F. 35, T. 64. — Méningite simple : M. 12, F. 22, T. 34. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 19, F. 26, T. 45. — Paralysie, M. 6, F. 7, T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 6, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 30. F. 37, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 6, T. 19. — Bronchite chronique : M. 13, F. 18, T. 31. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 22, T. 43. — Pneumonie : M. 22, F. 25, T. 47. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 22, F. 27, T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 6, T. 21. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 17, F. 13, T. 30. — Sénilité : M. 10, F. 32, T. 42. — Suicides : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres morts violentes : M. 9, F. 2, T. 11. — Autres causes de mort : M. 88, F. 71, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 12, F. 5, T. 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 7. Total : 33. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 15. Total : 36.

LE BANQUET ANNUEL DE L'ASSOCIATION DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE aura lieu le lundi 8 mai, à 7 h. 1/2 du soir, au restaurant Marguery, boulevard Poissonnière, sous la présidence du Dr Vallon, médecin de l'asile de Villejuif. — A 6 h. 1/2, assemblée générale.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Après trois audiences, le tribunal de Sens, par un jugement longuement motivé, vient de condamner l'abbé Crud, directeur de l'Institut orthopédique, pour exercice illégal de la médecine, à 500 francs d'amende et aux dépens, et le Dr Salmon, pour blessures par imprudence et négligence, à quarante-huit heures de prison et 100 francs d'amende avec application de la loi Bérenger en ce qui concerne la prison seulement. L'abbé Crud était défendu par Me Bebron, du barreau de Douai, et le Dr Salmon, par Me Henri Robert, du barreau de Paris. (*Eclair.*)

INCENDIE DANS UNE PHARMACIE. — La pharmacie [illegible], Royal, rue Notre-Dame [illegible] par un incendie [illegible] l'explosion [illegible] dans le laboratoire. Les dégâts sont évalués à 100.000 francs environ. (*Le* [illegible])

SUICIDE D'UN MALADE A L'HÔTEL-DIEU. — [illegible] « La surveillance [illegible] des Hôpitaux », *l'Aurore* du 18 avril rapporte le fait suivant : « [illegible] M. Gaston [illegible], âgé de vingt [illegible] ans, [illegible] à l'Hôtel-Dieu, dans un accès de [illegible] fenêtre [illegible] tout récemment [illegible] il est dangereux de retenir des *aliénés* dans les hôpitaux ordinaires au lieu de les placer dans les hôpitaux (ou asiles) [illegible]. Il prouve aussi la nécessité de faire [illegible] les infirmiers [illegible] les infirmières, [illegible] pendant [illegible] dans les services d'aliénés... ce que nous n'avons jamais [illegible].

LE DUC MÉDECIN. — On célébrait le 29 avril, en Bavière, les noces d'argent du duc Charles-Théodore de Bavière avec la duchesse, née Marie-José, [illegible] de Bragance. On sait que le duc Charles de Bavière est médecin, qu'il s'occupe spécialement de [illegible] des yeux et qu'il [illegible] les cliniques [illegible], auxquelles se pressent chaque jour [illegible] de malades.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. Charles B[illegible], assistant de la chaire d'entomologie du Muséum, fils du célèbre botaniste. Il était âgé de 43 ans.

Chronique des Hôpitaux.

HÔTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a commencé des leçons de *clinique chirurgicale* le jeudi 27 avril à 10 heures et les continuera les jeudis suivants. Opérations [illegible] le mardi. Examen des malades et visite dans les salles [illegible] le samedi.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Conférences de radiographie et de radioscopie.* — M. le Dr L.-R. REGNIER : conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche à 10 h. 1/2 du matin. Objet du cours : instruments et appareils producteurs de rayons X. Technique de la radioscopie et de la radiographie. Applications à la chirurgie et à la médecine. — Le cours sera complété par des conférences.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'appareil digestif.* — MM. Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux et Maurice [illegible]PAULT, ancien interne des hôpitaux : samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN : maladies mentales et nerveuses, jeudi à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le dimanche à 10 heures du matin : conférences de radiologie (des rayons de Röntgen, moyens de production, modes d'emploi, application au diagnostic médical), à 10 h. 1/2, présentation et examen radioscopique des malades.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Leçons sur la diphtérie.* — M. le Dr RICHARDIÈRE, mercredi 9 heures.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

DES ÉPILEPTIQUES ET DE LEURS ACCÈS

ROLE DE L'INFIRMIÈRE

Par BOURNEVILLE

Brochure in-18 de 30 p. Prix : 0 fr. 50. Pour nos abonnés : 0 fr. 40.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

[illegible] — IMP. [illegible], G. MAURIN [illegible], RUE DE RENNES, 71

3e SÉRIE. T. IX. N° 18. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 6 MAI 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La fièvre typhoïde à Cherbourg, par M. Vaillard. — BULLETIN : Le paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, par J. Noir; — Congrès des Sociétés savantes : Liberté des communications, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des Sciences*, par Phisalix; — *Société de Biologie*; par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir; — *Société de Chirurgie*, par Rellay; — *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, par Martha; — REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE : Des formes de la débilité mentale chez l'enfant, par Fletcher-Beach (an. Rellay); — Etude sur les crânes des aliénés, par Beadles (an. Rellay); — Trépanation et épilepsie, par Gilbert Ballet; — Hémorragie méningée en foyer, trépanation, mort, par Verger et de Boncourd. — REVUE DE MÉDECINE : Etude sur les sanatoria, par Sersiron; — Sanatoria pour tuberculeux à Davos, par Cozzolino; — Traitement de la tuberculose par la méthode du congénère, par Blocq; — Le cœur chez les tuberculeux, par Et. Regnault; — Nature intime de la phtisie pulmonaire, par Dimitropol; — Les rayons Rœntgen et diagnostic de la tuberculose, par Ridère (an. G. Arthaud). — BIBLIOGRAPHIE : Catalogue de la bibliothèque de l'armée des Etats-Unis; — L'hystérie au XVIIe et au XVIIIe siècles, par Abricossoff; — Cours de minéralogie biologique, par Gaubé; — Traitement de la chorée, par Wynter. VARIA : Association des médecins de la Seine; — Société obstétricale; —Hygiène militaire, etc. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — JURISPRUDENCE MÉDICALE : Un jugement scandaleux ; — Médecins inspecteurs de l'Assistance publique et médecins-inspecteurs du premier âge. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Fièvre typhoïde à Cherbourg ;

Par M. VAILLARD, médecin principal de 1re classe, Professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce (1).

Les circonstances politiques qui ont récemment motivé l'organisation défensive de notre littoral viennent de mettre en vive lumière, avec tout l'éclat et aussi la tristesse d'un scandale sanitaire, la déplorable situation hygiénique d'un grand port de guerre, boulevard de notre puissance maritime sur la Manche : je veux dire Cherbourg.

A ce moment critique de notre vie nationale, presque au début des préparatifs militaires, cette ville a été le théâtre d'une épidemie de fièvre typhoïde qui comptera désormais parmi les plus graves que puisse enregistrer l'histoire de cette maladie en France. En quelques semaines, de novembre 1898 à fin janvier 1899, 588 hommes appartenant aux troupes de la marine, et 73 des régiments de la guerre ont été hospitalisés pour cette affection. La population civile a été frappée à un degré qu'on nous laisse ignorer ; mais il y a lieu d'évaluer à plus de 200 le chiffre de ses malades.

Mille atteintes environ, tel a donc été le bilan de cette épidémie. Le total des décès n'est pas exactement connu ; on doit craindre qu'il ne dépasse largement la centaine pour les trois catégories de la population.

Ce lamentable épisode est un désastre d'autant plus cruel qu'il était évitable ; c'est peut-être plus encore, une tache pour le pays qui en a toléré la possibilité ; c'est par-dessus tout, comme j'aurai à le démontrer, l'indice d'un péril permanent, plein de redoutables menaces pour l'avenir.

Emu d'un pareil fait, le Comité a bien voulu me charger de l'étudier afin d'en déduire tous les enseignements qu'il comporte. Je viens aujourd'hui m'acquitter de ce devoir.

Certes, pour édifier le Comité sur les causes réelles de l'épidémie dont il s'agit, il suffirait de lui mettre sous les yeux la double enquête faite successivement, sur place, par les délégués du Ministre de la Marine et du Ministre de la Guerre, M. l'Inspecteur général du service de santé de la Marine Cunéo (27 décembre 1898) et M. le médecin inspecteur général Dujardin-Beaumetz (20 février 1899). Mais la question doit être vue de plus haut encore, ou mieux de plus loin. L'épisode actuel se rattache, en effet, d'une manière si directe à une situation déjà bien ancienne qu'il doit en être considéré comme la conséquence naturelle et très logique. Pour étaler toute la vérité et mesurer aussi toute l'étendue du mal, il convient donc d'enchaîner les faits, de relier le présent au passé.

Le dossier sanitaire de Cherbourg est depuis longtemps connu du Comité. Il a été ouvert en 1886, lorsque le Dr Solland, médecin de 1re classe de la marine, faisait connaître les pertes annuelles infligées par la fièvre typhoïde au 1er régiment d'infanterie de marine (1). Durant la période de 15 ans comprise entre 1872 et 1886, le régiment n'a pas compté moins de 1691 cas de fièvre typhoïde, entraînant 303 décès ; ce qui, pour un effectif moyen de 2.200 hommes, donne une morbidité moyenne de 51,2 0/00 et une mortalité de 9,1 0/00.

Mais c'est avec le remarquable travail de deux médecins de l'armée, MM. Dardignac et Collignon, sur *les Eaux potables de la garnison de Cherbourg*, que le casier médical de cette ville s'emplit de précieuses révélations. Ce document adressé simultanément au Ministre de la Guerre et à l'Académie de Médecine (1888) a été analysé ici même, et d'une manière très lumineuse, par M. Thoinot (Séance du 22 décembre 1890) ; il ne vous déplaira pas peut-être que je l'utilise à nouveau pour les besoins de la cause.

MM. Dardignac et Collignon établissent d'abord que par le taux de sa mortalité moyenne la ville de Cherbourg se place au tout premier rang des villes les moins salubres, et que la fièvre typhoïde apparaît comme la cause principale, permanente de cette insalubrité. Dans cette garnison dont l'effectif normal est à peu près de 7.500 hommes (troupes de la guerre et de la marine réunies), pas une seule année ne s'est écoulée de 1878 à 1887 où le chiffre des entrées à l'hôpital maritime pour fièvre typhoïde se soit montré inférieur à 230. Que dis-je ? Ce minimum n'a été atteint qu'une seule fois ; pendant les 9 autres années, le chiffre brut des fièvres typhoïdes a oscillé entre 347, chiffre le plus bas, et 509, chiffre le plus élevé. En totalisant le bilan de ces dix années, les auteurs arrivent au résultat suivant : 4.142 entrées à l'hôpital maritime pour fièvre typhoïde, 54,6 0/00 ; 405 décès pour fièvre typhoïde, 5,27 0/00.

A quel degré la population civile est-elle atteinte ? Il est impossible de l'établir par des chiffres. M. Collignon (2)

(1) Rapport présenté au *Comité d'hygiène publique de France* (Séance du 10 avril).

(1) Epidémie de fièvre typhoïde au 1er régiment d'infanterie de marine. *In dossier de l'Académie de Médecine* 1886. Travail manuscrit inédit et résumé par M. Thoinot.

(2) Collignon. — *Etude sur l'état sanitaire de Cherbourg*. Mémoires de la Société des Sciences naturelles et mathématiques de Cherbourg en 1889.

l'apprécie de la manière suivante, d'après les résultats de son enquête personnelle: « A l'âge de 40 ans, 8 Cherbourgeois sur 10 ont eu la fièvre typhoïde, soit sous ses formes bénignes, fièvre muqueuse ou fièvre gastrique accompagnée de saignements de nez, soit sous ses formes graves, fièvre cérébrale, nerveuse ou putride, désignations que j'ai souvent entendues d'une manière courante dans le public. Tout cela, c'est de la fièvre typhoïde, et comme l'implacable statistique nous apprend que sur 100 malades, 14 meurent, nous sommes bien obligés de croire qu'il y a de ce chef de nombreux décès en ville et que la population militaire n'est pas seule à payer à la fièvre typhoïde l'énorme tribut que nous constatons. »

Ces premiers renseignements établissent le fait indéniable de l'endémicité typhoïde à Cherbourg et l'importance de la maladie dans la pathologie ordinaire de cette ville; ceux qui suivent vont permettre de remonter à la source du mal.

Comment se répartissent sur les différents groupes militaires de la garnison les 4.162 atteintes et les 400 décès constatés de 1878 à 1887? Le lot le plus fort incombe aux troupes de la marine : 3.655 entrées à l'hopital, 341 décès, soit, pour un effectif annuel moyen de 5.280, une morbidité totale de 69 0/00 et une mortalité de 6,4 0/00.

La part des troupes de la guerre dont l'effectif annuel moyen a été de 2.286 hommes se chiffre, pour la même période, par 487 atteintes, soit une morbidité totale de 21.6 0/00.

Les atteintes de la marine ont donc été pendant ces dix années *plus de trois fois supérieures* à celles de la guerre. Pourquoi cette inégalité si tranchée, absolument constante pour chacune des années comprises dans la période examinée?

Il est impossible d'en trouver la raison dans la qualité des effectifs visés par cette statistique, dans les différences de leurs casernements respectifs, ou les défectuosités plus ou moins notoires, inhérentes à chacun d'eux. L'enquête ne révèle rien de probant à cet égard, et le temps est passé où l'on s'ingéniait à violenter les faits pour découvrir, dans les vices permanents de l'habitation militaire, la cause intermittente des épidémies typhoïdes qui en frappaient les occupants. L'explication naturelle va surgir d'un autre côté. MM Dardignac et Collignon nous ont appris, M. Thoinot nous a rappelé en 1890, que les deux groupes militaires ne reçoivent pas la même eau potable.

Les *troupes de la guerre*, à l'exception d'une compagnie casernée au Val-de-Saire, sont alimentées en eau de source (fontaine Rose, source du grand polygone).

Les *troupes de la marine*, sauf une très minime fraction, boivent l'eau de la rivière, la Divette.

Quant à la population civile, elle ne reçoit que l'eau de la Divette. Un quartier de la ville est desservi, dit-on, par une source, la fontaine des Caveliers qui débite environ 80 à 100 mc. par jour (Cherbourg en consomme 4.000 mc.); mais dès sa pénétration intra-muros la canalisation affectée à cette source rencontre le réseau commun et s'abouche largement avec lui. En réalité la source se noie dans la Divette.

Or, qu'est la Divette?

C'est une petite rivière qui suit la vallée de Quincampoix sur un trajet de 17 kilomètres, traverse cinq villages importants et vient se jeter dans le bassin du port marchand. « Sur tout son parcours elle est souillée par les déjections, les immondices des villages et des nombreuses fermes situés sur ses bords, les eaux de lavoir et tous ces petits ruisseaux qui, par la pluie, se forment dans les villages et gagnent le thalweg après s'être chargés des détritus de toute nature. De plus, et c'est le point capital, elle l'est encore davantage par les conséquences d'une funeste habitude locale : les populations voisines de Cherbourg utilisent, pour engraisser leurs prairies artificielles et *notamment celles de la vallée de la Divette*, le produit brut des fosses d'aisances de la ville aussi bien civiles que militaires. La vallée de Quincampoix où coule la Divette est étroite, resserrée entre des collines à pente raide, en sorte qu'il suffit d'une pluie un peu forte — et quiconque connaît le pays sait que la pluie et le vent y sont pour ainsi dire perpétuels — pour qu'il se forme sur les deux versants de véritables petits torrents qui lavent le sol et les engrais qui le couvrent et peuvent ainsi entraîner à la rivière microbes et produits excrémentitiels. » Or, comme la fièvre typhoïde est endémique à Cherbourg, il apparut clairement à MM. Dardignac et Collignon que l'épandage des matières empruntées à la ville devait fatalement mélanger aux eaux de la Divette tout ce qui est nécessaire pour reproduire et propager sans trêve la fièvre typhoïde.

C'est l'eau d'une rivière vouée à de pareilles contaminations qui est conduite à Cherbourg par deux captages différents. Le captage municipal prend la Divette à la fin de son cours, presque à l'entrée de la ville (sans doute pour que rien ne se perde des souillures d'amont) et la distribue à la population civile ainsi qu'aux deux casernes du Val-de-Saire, guerre et marine. Le captage particulier de la marine dérive la Divette à 4 kilomètres en amont; il dessert les casernes de la Réserve, de l'Arsenal, de l'Enceinte et aussi l'Hôpital maritime.

La source de la fontaine Rose, propriété de l'Etat, est sise en terrain militaire, sur les glacis de l'Arsenal, à 50 mètres environ du fossé de l'enceinte; elle est le point d'affleurement d'une nappe peu profonde qui descend des hauteurs voisines sous une couche schisteuse de 50 centimètres environ d'épaisseur. Les pentes qui la dominent sont formées de prairies et de jardins soumis à l'épandage: cependant l'eau paraît de bonne qualité, incontestablement supérieure à celle de la Divette. La fontaine Rose alimente les troupes de la guerre, sauf la minime fraction casernée au Val-de-Saire. Or, disent MM. Dardignac et Collignon, c'est précisément cette demi-compagnie casernée au Val-de-Saire qui fournit un nombre énorme de typhoïdiques par rapport à la faiblesse de son effectif, le 1/5 des cas constatés parmi les troupes de la guerre, lesquelles comprennent 24 compagnies. Le fait est significatif.

Quant au fort de Querqueville, occupé par un bataillon d'infanterie de la guerre, l'eau d'alimentation y est puisée à une citerne bien construite. L'eau pluviale emmagasinée dans cette citerne suffit en temps normal; mais en période de sécheresse (chose rare à Cherbourg) la provision s'épuise et le complément est fait avec l'eau de la ville, c'est-à-dire l'eau de la Divette apportée au fort par le bateau-citerne de la marine. En général l'état sanitaire de la garnison du fort est excellent; la fièvre typhoïde y est exceptionnelle. Toutefois de temps à autre on y observe des poussées subites et très courtes de la maladie, accompagnées d'embarras gastriques et de diarrhée. Avec une remarquable sagacité MM. Dardignac et Collignon démontrent que ces agressions insolites coïncident invariablement avec les arrivages du bateau-citerne et se produisent de dix à quinze jours après l'emmagasinement au fort des eaux de la Divette. N'est-ce pas la claire explication de cette brusque survenance de l'épidémie dans le fort, comme de sa disparition graduelle après épuisement de l'eau contaminée?

Dès lors tout s'explique aussi : l'endémicité permanente de la fièvre typhoïde à Cherbourg; sa répartition si inégale parmi les troupes: sa prédilection désolante et fatale pour les casernes de la marine; la bizarrerie apparente de ses atteintes sur certaines portions très limitées des troupes de la guerre; enfin la concordance immémoriale de ses recrudescences épidémiques avec les saisons pluvieuses ou les pluies torrentielles. Cette dernière circonstance mérite un instant d'attention. Dans sa communication du 22 décembre 1890, M. Thoinot a cité, à propos de Cherbourg, quelques extraits d'un rapport inédit, écrit en 1881 par le Directeur du service de santé de ce port, sur l'évolution générale des épidémies de fièvre typhoide de 1874 à 1881. Je n'en retiendrai que le passage suivant : « Pendant une période de sept années (de 1874 à 1881) l'explosion de la fièvre typhoide a toujours, sans exception, suivi, soit immédiatement, soit à un mois de distance, le trimestre le

plus pluvieux de l'année. Cette concordance existe même pour l'épidémie de 1879, année pendant laquelle le maximun des pluies, au lieu de correspondre au mois d'octobre et de novembre, s'est notablement déplacé, et a existé en juillet, août et septembre. Il y a plus : les deux épidémies les plus violentes, celles de 1877 et de 1881 sont survenues après des pluies exceptionnelles. » Ainsi que le dit M. Thoinot en citant le passage, ces notes écrites en 1881 ont une haute valeur ; elles ne sont données que comme fait d'*observation*; « il n'est pas question de la moindre déduction étiologique à en tirer, et encore moins, n'ont-elles pas été rédigées pour appuyer la théorie de la propagation par l'eau, à peine née en France à cette époque ». Cette notion de l'influence des pluies torrentielles a été confirmée amplement par les observations ultérieures ; le Dr Collignon a montré, en effet, avec preuves à l'appui, que les grands orages et les fortes pluies déterminaient invariablement une poussée typhoïdique parmi les groupes (population civile, marins ou soldats) consommant l'eau de la Divette, alors que les troupes abreuvées en eau de source ou de citerne étaient invariablement épargnées.

Une corrélation aussi remarquable, aussi constante entre les précipitations météoriques et les recrudescences de la fièvre typhoïde à Cherbourg n'exige pas de longs commentaires; l'explication s'impose d'elle-même après les renseignements qui précèdent sur l'origine des souillures auxquelles la Divette est condamnée. Les abats d'eau lavent les terres soumises à l'épandage; les germes typhogènes contenus dans les matières empruntées aux fosses de Cherbourg passent du sol à la Divette, et avee les eaux de la Divette, dans le tube digestif des malheureux consommateurs. Et le circulus recommence, sans trêve ni merci, car, avec une science de tortionnaires consommés, les épandeurs ont bien soin d'infecter, de saturer leur sol avant l'époque probable des grandes pluies périodiques,

La conclusion naturelle se dégage à pleine volée. La Divette, voilà l'ennemi. C'est la consommation de la Divette qui impose à Cherbourg l'endémicité permanente et les recrudescences périodiques de la fièvre typhoïde, décime par coupes réglées la population civile et militaire.

Toute autre preuve paraitra superflue. Aussi rappellerai-je, pour mémoire, le resultat des recherches bactériologiques portant sur l'eau incriminée. Ayant examine les eaux de Cherbourg, à l'occasion d'une poussée épidémique survenue en septembre 1888, j'ai pu facilement trouver le bacille typhique dans l'eau de la Divette, en compagnie du coli-bacille et de nombreuses espèces de bactéries putrides. La même constatation était faite par le Dr Gosselin, professeur à l'école de Médecine de Caen, qui rencontrait le bacille typhique dans cinq échantillons sur 10. M. Chantemesse y decelait, à défaut du bacille typhique, de 250.000 à 600.000 germes par centimètre cube. L'eau de la fontaine Rose était, par contre, reconnue bonne.

L'unanimité est donc complète entre les faits épidémiologiques, les observations orographiques et l'étude bactériologique des eaux potables ; il serait difficile de réclamer un faisceau de preuves plus péremptoires, et l'on doit être reconnaissant à MM. Dardignac et Collignon de l'avoir réuni d'une main si sure.

Leur document si nettement accusateur, eut au moins pour résultat d'orienter les esprits vers une meilleure appréciation des faits et des choses. L'endemicité de la fièvre typhoide à Cherbourg avait longtemps semblé une sorte de fatalité inéluctable, inhérente aux grandes villes. De la prédilection de cette maladie pour les troupes on induisait généralement que la cause en devait être attachée aux conditions spéciales d'aménagement des casernes, à l'encombrement éventuel, à la vie militaire. Mais lorsque des observateurs plus dégagés des anciennes doctrines eurent formellement impute la genèse et la propagation du fléau à la souillure de la Divette, la presse et l'opinion publique se préoccupèrent vivement de la salubrité des eaux potables ; les administrations compétentes durent aviser aux mesures à prendre.

Le Conseil supérieur de santé de la marine, saisi du fait à propos de l'épidémie de 1888, émit l'opinion « que l'eau n'est pas en cause dans la genèse de cette recrudescence. Il recommande de ne pas trop sacrifier à l'hypothèse d'un empoisonnement typhique par l'eau potable et sans abandonner toute précaution de ce côté, il estime que l'on doit particulièrement prescrire la désinfection permanente des fosses d'aisance, le nettoyage des planchers des chambrées, la ventilation des chambres, surtout la nuit ».

L'administration de la Guerre, bien convaincue des dangers de l'eau potable et peu confiante dans la valeur permanente de la fontaine Rose, ordonna l'ébullition de l'eau dans toutes ses casernes et bientôt après l'installation des filtres Chamberland. Cette installation était terminée dès la fin de 1889 et, à partir de cette date, il ne fut plus distribué aux troupes que de l'eau filtrée. Les résultats ne se firent pas attendre. La morbidité typhoïde qui avait été pour les régiments de la Guerre de 110 en 1888, — de 119 en 1889, — devint successivent pour les années suivantes : 21, 8, 11, 3, 3, 14, 12, 6 en 1897.

Le Conseil municipal, à son tour, chargea une commission spéciale d'étudier la question soulevée par M. Collignon. Cette commission n'eut aucune peine à reconnaître que si des causes diverses pouvaient fomenter la fièvre typhoïde à Cherbourg, une part prépondérante cependant devait être résolument imputée à la consommation des eaux de la Divette; celle-ci, estima-t-elle, est exposée à des souillures dangereuses dans la vallée de Quincampoix dont les pentes sont continuellement soumises à l'épandage des vidanges urbaines. Le Conseil municipal se rangea à l'opinion de sa commission et décida (1) « que des études seraient faites, soit pour reporter la prise d'eau sur la Divette dans une région plus éloignée de Cherbourg, soit pour capter des sources. Mais les études, l'instruction des projets et l'exécution de ceux-ci devant entrainer un delai considérable, l'eau servie à la population civile et aux troupes continuerait à recevoir des souillures fâcheuses si aucune mesure provisoire n'était prise. En conséquence le Conseil municipal demanda au Préfet de la Manche de suspendre pour un certain temps l'épandage dans un périmètre déterminé dépendant de cinq communes le long de la vallée de Quincampoix. cette mesure devant précéder toutes les autres qui auront pour but général de donner à la population une eau exempte de toute souillure ».

Le préfet de la Manche consulta le Ministre de l'Intérieur sur la légalité de la mesure demandée par la municipalité de Cherbourg dans le but de prévenir la contamination de la Divette, et le Ministre en saisit le Comité. Après etude approfondie de la question au point de vue de la jurisprudence et discussion minutieuse de tous les termes de la loi, M. A.-J Martin soumit à l'approbation du Comité les résolutions suivantes, qui furent votées dans la séance du 17 mars 1890 :

1° Pour ce qui concerne la demande de M. le préfet de la Manche, il n'y a pas lieu d'approuver l'arrêté de M. le maire d'Octeville ni de prendre les arrêtés sollicités par la municipalité de Cherbourg. La législation actuelle ne permet ni de prévenir ni d'empêcher les causes indirectes de pollution des cours d'eau visées dans cette demande. Ces mesures ne pourraient en tout cas être prises que si la pollution se produisait d'une façon directe et qu'après avis du Conseil d'hygiène publique et de salubrité. Dans l'espèce, elles entraineraient le droit à l'indemnité au profit des particuliers lésés et à la charge de la commune demanderesse, dans la forme ordinaire des expropriations pour cause d'utilité publique;

2° Il importe de mettre en demeure la municipalité de Cherbourg de ne laisser sortir de son territoire les vidanges contaminées ou suspectes qu'après désinfection préalable et de l'inviter à établir un filtrage efficace de ses eaux d'alimentation ;

3° Les projets et travaux d'adduction à Cherbourg

(1) Rapport A.-J. Martin, 17 mars 1890.

d'eaux potables à l'abri de toute souillure doivent être poursuivis et exécutés dans le plus bref délai possible;

4° Le Comité, considérant les preuves chaque jour plus nombreuses de la propagation des maladies transmissibles par les eaux potables, appelle l'attention de M. le Ministre de l'Intérieur sur la nécessité et l'urgence d'obtenir du Parlement le vote de dispositions légales permettant de préserver de toute souillure directe ou indirecte les eaux destinées à l'alimentation des villes et des campagnes, afin d'assurer leur plus grande pureté possible depuis la prise d'eau jusqu'au domicile du consommateur.

L'insuccès de cette première tentative du Conseil municipal eut pour résultat le maintien intégral d'un *statu quo* reconnu dangereux par tous. La Divette continua à être empoisonnée, et la fièvre typhoïde à rester endémique.

La mortalité *connue* de la *population civile* qui était de 27 en 1888, de 22 en 1889, restait à 17 en 1890 et à 14 en 1891.

Les *troupes de la marine*, mollement protégées contre les dangers de l'eau potable, continuent à fournir une mortalité élevée : 1887, 44; 1888, 45; 1889, 62; 1890, 22; 1891, 32.

Les *troupes de la guerre*, défendues par des filtres surveillés et bien entretenus, n'enregistrent pas moins encore des cas multiples de fièvre typhoïde que les efforts les plus persévérants ne parviennent pas à éteindre (21 en 1891, 8 en 1892, 11 en 1893, puis 3, 3, etc.). C'est que, si les filtres assurent la pureté de l'eau distribuée à l'intérieur de la caserne, ils ne peuvent rien contre les dangers inhérents au milieu urbain, à la consommation dans les établissements publics et les cabarets de l'eau dangereuse empruntée à la Divette, des boissons mouillées avec cette eau, des légumes crus provenant de terrains à épandage. Préservés à la caserne, les soldats allaient s'infecter au dehors.

Emu de ces faits qui échappaient à sa prévoyance, le Ministre de la Guerre provoqua en septembre 1891 la réunion d'une commission mixte (marine et guerre) chargée d'étudier les moyens de mettre fin aux épidémies de fièvre typhoïde à Cherbourg. Cette commission concluait à la nécessité absolue de remplacer l'eau de la Divette, par une eau réellement potable, inoffensive. « Tant qu'on ne sera pas arrivé à cette solution radicale, ajoutait-elle, toutes les mesures de détail prises dans les casernes, même celle de l'installation du filtre Chamberland, seront tout à fait illusoires. »

Nanti de cette conclusion, le Ministre de la Guerre appelle alors l'attention du Ministre de l'Intérieur sur l'urgence de la solution à intervenir. Avis en est donné au préfet de la Manche, lequel interroge à ce sujet la municipalité de Cherbourg. Par une lettre en date du 23 mars 1892, le Ministre de l'Intérieur fait savoir au Ministre de la Guerre ce qui suit : « La ville de Cherbourg a confié à M. Renard, ingénieur en chef des Ponts-et-Chaussées, la mission d'étudier les moyens d'obtenir un approvisionnement d'eau de source. Ce fonctionnaire a, l'été dernier, procédé à de nombreuses recherches de sources, à leur jaugeage, et il s'est également préoccupé de la qualité des eaux. Actuellement, il prépare la rédaction d'un projet complet de captation d'une source qu'il a plus particulièrement remarquée. Dès que ce projet sera déposé, la municipalité s'empressera de prendre une résolution afin de donner satisfaction aux desirs exprimés par votre administration. »

Le projet de l'ingénieur Renard comportait le captage des sources de Couville, Flottemanville, du Ponceau, du pont de Martinvast, et en calculant sur le minimum du débit prévu, il arrivait à fournir 100 litres environ par habitant.

Des sources utilisables et suffisantes existaient donc aux environs de Cherbourg. Il semble bien désormais que la seule solution rationnelle soit sur le point d'aboutir; et cependant la Divette continuera à couler longtemps encore dans la canalisation municipale.

Qu'advint-il du projet Renard ? On pensa que le débit prévu était trop optimiste et devait se réduire à 50 ou 60 litres par habitant. Ensuite son exécution laissait entrevoir une dépense de deux millions au moins. La santé achetée à ce prix parut trop coûteuse. Le projet d'amenée d'eau de source fut frappé de disgrâce; il dort toujours dans les cartons.

Toujours est-il que la municipalité de Cherbourg s'aventure alors dans une voie imprévue qui, malheureusement pour tous, devait aboutir. Elle décide d'épurer la Divette par la filtration. Après avoir songé au filtre Chamberland (comme si pareil système pouvait se prêter à l'alimentation d'une ville de 30.000 âmes), elle envisage la filtration par le sable; une délégation se rend même à Londres pour étudier son fonctionnement, mais en revient désabusée par les défectuosités qu'elle attribue au procédé et aussi par la question de première dépense.

Prêtant une oreille trop attentive aux suggestions d'un industriel dont la naïveté et l'assurance ne sont pas les moindres défauts, la municipalité crut pouvoir se tirer d'embarras en appliquant aux eaux de la Divette le filtrage Maignen. C'était peut-être la voix de l'économie qui parlait par la bouche de cet industriel, mais assurément ce n'était point celle de la prudence, ni de la sécurité.

Une amenée d'eau de source est toujours coûteuse. M. Maignen proposa donc de rendre l'eau de la Divette aussi pure que l'eau de source et cela à peu de frais (200.000 fr.) au moyen d'un filtre enchanteur. Ce filtre clarifie merveilleusement les eaux les plus troubles; il laisse bien passer quelques microbes, souvent beaucoup, mais en vertu d'une singulière propriété tirant du surnaturel, ouvre la porte aux bactéries inoffensives et retient infailliblement les microbes dangereux. C'était bien la solution cherchée. Cette allégation, émise avec une imperturbable sérénité par M. Maignen, trouverait peut-être sa place dans un boniment à l'adresse des simples, mais devient dangereuse quand elle vise au sérieux. J'imagine qu'un homme aussi éclairé que M. le maire de Cherbourg a dû singulièrement violenter son esprit scientifique pour admettre pareille affirmation, si lui ayant été soumise, il a jamais pu y croire.

Et cependant, après un rapport présenté le 15 juin 1894 par le Dr Offret à ses collègues du Conseil municipal, l'administration fut autorisée par l'unanimité des membres présents à traiter avec M. Maignen pour l'épuration des eaux de la Divette, à raison de 500 mètres cubes par heure. Le Dr Offret terminait sa lecture en disant : « Le Conseil municipal aura, à ce qu'il me semble, répondu suffisamment, pour le moment du moins, aux désirs de la population. Il se sera conformé dans la mesure du possible aux lois de l'hygiène, et nous estimons qu'en agissant ainsi, il aura fait œuvre d'humanité et de préservation sociale. » Le traité convenu avec la Société du filtrage Maignen fut approuvé le 9 juillet 1894 par le Conseil municipal, le 30 juillet par le préfet de la Manche, et aussitôt après mis à exécution. Je m'empresse d'ajouter pour l'honneur du Comité, que cette mesure ne saurait se réclamer de votre patronage, puisqu'elle a été prise en dehors de vous, à votre insu; je puis même affirmer qu'elle n'aurait jamais reçu votre sanction, car si le Comité avait été simplement pressenti à ce sujet, il n'eût pas manqué de dénoncer sans ambages ni réticences les grossières imperfections de ce système de filtrage. Ce n'est pas après l'avoir vu succomber sous toutes ses formes et de mille façons dans les expériences de laboratoire qu'il eût consenti à le réhabiliter à propos d'une question aussi grave que l'épuration des eaux de la Divette et pour ménager les deniers de la municipalité de Cherbourg.

Qu'est donc ce système de filtrage dont nous aurons bientôt à apprécier les tristes résultats? car le moment approche où il faudra vous parler de la lamentable épidémie typhoïde de 1898-1899.

L'élément filtrant se compose d'un sac en tissu d'amiante représentant une surface de un mètre carré, disposé en forme d'accordéon au moyen de dix disques intérieurs en

grès. cannelés et perforés, et d'une série de ligatures à cordelettes également en amiante. Ce sac est enfoui au centre d'une épaisse couche de charbon en grains « carbocalcis » qui est recouverte elle-même d'un sac extérieur en tissu d'amiante. En somme, c'est une couche de charbon granulé interposée entre deux toiles d'amiante à tissu plus ou moins serré. L'élément filtrant est disposé pour fonctionner soit isolément, soit par couples. Dans ce dernier cas il est branché verticalement sur un collecteur horizontal, au moyen d'un bouchon-joint en amiante, qui s'engage dans un raccord-tubulure en cuivre. L'accouplement de 60, 80 ou 100 de ces éléments sur un même collecteur constitue une batterie filtrante. La batterie se dispose dans une cuve ou chambre-réservoir que remplit l'eau à épurer; cette eau traverse le filtre et s'écoule par le collecteur.

L'installation de Cherbourg comprenait 1.140 organes filtrants de ce genre repartis en 18 batteries que précédait un dégrossisseur à sable et à charbon. Le débit prévu était de 500 mètres cubes à l'heure. Il suffit de songer à l'énormité de ce débit pour supposer ce que pouvait être une pareille filtration.

L'appareil Maignen constitué comme il vient d'être dit, est bien connu de tous ceux qui ont eu pour mission d'étudier les procédés d'épuration des eaux, et tous ont été unanimes à le considérer comme n'offrant aucune garantie contre les dangers venant de l'eau. Pendant près de dix ans, avec une ténacité désespérante et digne d'une meilleure cause, l'inventeur du procédé n'a cessé de modifier son filtre, de le produire au Ministre de la Guerre, de demander et d'obtenir l'expérimentation de ses engins en vue de leur introduction dans les casernes; et pendant ces dix années, la Commission instituée au Val-de-Grâce pour l'étude des filtres a dû, après expérimentation, conclure avec la même régularité, la même ténacité que le filtre Maignen ne pouvait offrir à nos troupes la sécurité désirée pour elles. Toujours il a été proclamé excellent clarificateur, mais filtre infidèle, insuffisant, parfois même absolument nul. Il réduit plus ou moins les bactéries contenues dans une eau mais ne les supprime pas ; quelquefois même il peut en augmenter le nombre quand les germes viennent à cultiver dans les parois encombrées de matières organiques. Les appareils installés à Cherbourg diminuaient sans doute des deux tiers ou des trois quarts la proportion des bacteries naturellement contenues dans l'eau de la Divette, mais en livraient encore de 300 à 700 par centimètre cube à l'eau que distribue la canalisation municipale (analyse faite au Val-de-Grâce le 31 janvier 1898). De même lors des essais effectués en 1897 par la Ville de Paris à l'usine de Saint-Maur, l'installation du filtrage Maignen, plus perfectionnée encore que celle de Cherbourg, debitait une eau dont la teneur en bactéries a varié de 17.320 par centimètre cube (chiffre minimum) à 182.750.

Or, ce filtre livre indistinctement passage à toutes les espèces bacteriennes contenues dans l'eau qu'on lui confie; il n'en distingue aucune pour les retenir : microbes indifférents ou dangereux, tous le traversent avec une égale aisance. La route leur est facile si on en juge par l'abondance des particules terreuses que l'eau de la Divette ainsi épurée vient deposer sur les bougies Chamberland qu'utilisent à Cherbourg les consommateurs peu confiants dans l'eau municipale : là où passent les particules terreuses, passeront *a fortiori* les microbes bien plus tenus. Faut-il ajouter encore que ceux-ci rencontrent une voie bien directe pour s'introduire dans la canalisation, je veux dire ces 1.140 joints non étanches qui branchent les organes filtrants sur les collecteurs?

A qui pourrait-on faire admettre qu'une eau de la Divette, expurgée des deux tiers ou des trois quarts de ses bactéries originelles (on sait quelle en est la nature), mais en contenant encore de 300 à 700 par centimètre cube, soit une eau salubre? Je n'oserai entreprendre de vous le démontrer. Je ne m'attarderai pas davantage à préparer votre opinion sur le sujet par le récit des éloges que la presse locale a adressés au filtrage Maignen, car je soupçonne fort ces articles d'avoir été écrits par l'industriel lui-même. « Ainsi, disait l'un d'eux, voilà la Divette qui avait été condamnée par tous les savants et les médecins et qui charriait tous les microbes donnant la mort aux Cherbourgeois, voilà cette eau propre et enfin assainie. » (*Réveil de Cherbourg*, 14 décembre 1895.)

Puisque le réactif en cause est le Cherbourgeois, on doit apprécier l'assainissement de la Divette par les résultats sanitaires; pour cela il suffira de comparer la mortalité typhique de la population civile *avant* et *après* l'installation du filtrage Maignen.

Voici le tableau que nous devons à l'obligeance de M. Collignon ; il vise la mortalité typhoïde de la population civile pour la période de 12 ans comprise entre 1887 et 1898. Les chiffres inscrits traduisent la mortalité déclarée, ce qui ne veut point dire mortalité réelle.

Années.	Décès civils.
1887	8
1888	27
1889	22
1890	17
1891	14
1892	7
1893	22

Les filtres Maignen sont établis en 1894 et la mortalité devient :

1894	19
1895	17
1896	17
1897	23
1898	21

Où est le progrès? Pour les sept années qui correspondent à la consommation de la Divette, les décès typhoïdes ont été de 117. Pour cinq années seulement de l'épuration Maignen le total des morts s'élève à 97. En vérité, soupçonnerait-on d'après cela que la Divette a été assainie? que serait-il donc advenu, si elle ne l'avait pas été?

Les oscillations de la mortalité militaire ne sauraient intervenir dans l'appréciation en cause, car la guerre et la marine se sont défendues contre l'endémie typhoïde autrement que par le filtrage Maignen ; cependant je dois les faire comparaître.

Les troupes de la guerre sont alimentées surtout par la fontaine Rose. Leur mortalité brute a été, de 1887 à 1889, 5, 16, 10. Les filtres Chamberland sont installés en 1890 et les décès se chiffrent, dans la suite, de la manière suivante : 3, 6, 1, 3, 1, 2, 3, 9, 3.

Les troupes de la marine consomment exclusivement l'eau de la Divette. De 1887 à 1891 les décès y sont de : 44, 45, 62, 22, 32. En 1892 on installe dans les casernes des filtres Chamberland d'un modèle defectueux, et, à partir de 1896, on recommande même de substituer l'ébullition au filtrage. De 1892 à 1898 les décès deviennent : 5, 5, 4, 7, 19, 18, 37 pour 1898, mais c'est déjà l'épidémie qui commence.

Ainsi, à ne retenir que le fait particulier aux troupes de la marine, il ressort que l'application du filtre Chamberland à l'épuration de la Divette dans les casernes entraîne une diminution remarquable, considerable et constante du chiffre des décès typhoïdes. Par contre, la mortalité typhoïde de la population civile qui s'alimente en eau de la Divette épurée par le système Maignen, se maintient à un taux élevé, invariable. De quel côté est le progrès, et n'a-t on pas le droit de penser que l assainissement municipal de la Divette a été une pure illusion ?

En vérité l'installation du filtre Maignen n'a rien changé aux conditions hygiéniques de Cherbourg. Il y a eu seulement 200 000 francs dépensés en pure perte et bien des esperances déçues. L'épandage à outrance s'effectue comme par le passé dans la vallée de Quincampoix où coule la Divette : les pluies continuent à laver les terres infectées et à rouler vers la rivière les déjections urbaines. La Divette, toujours contaminée, ne cesse de véhiculer des

souillures dangereuses; elle coule plus claire dans la canalisation municipale et peut être aussi un peu moins riche en germes, mais, malgré sa limpidité, elle reste toujours nocive, meurtrière et distribue toujours la fièvre typhoïde.

Voilà le bilan des efforts accomplis; c'est le piétinement sur place, le maintient d'un *statu quo* plein de périls que devait illustrer le malheureux évènement dont il me reste à parler, l'épidémie de 1898-99. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux.

M. le Dr Regnard, inspecteur général de l'Assistance publique, doit présenter à la prochaine réunion du Conseil supérieur de l'Assistance publique un rapport sur le paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux. Cette question sera, nous n'en doutons pas, longuement discutée. Les uns, pour qui le nom d'hôpital est synonyme de gratuité absolue, ne pourront pas comprendre qu'on autorise le médecin à y recevoir des honoraires. Cependant, en fait, l'hôpital est fréquemment une véritable maison de santé où une une bonne partie des malades qui y sont soignés sont aisés et paient l'Administration hospitalière. Les employés de l'hôpital, depuis le directeur jusqu'à l'infirmier, sont appointés, seul le médecin ne l'est pas ou reçoit des indemnités peu en rapport avec les exigences du service qu'on lui impose. Cette gratuité des soins médicaux s'explique si ceux qui en bénéficient sont des indigents, mais il est manifestement injuste d'imposer à un médecin d'hôpital l'obligation de soigner gratuitement des malades riches ou aisés que les circonstances ont conduits à cet hôpital.

Certains médecins trouvent d'autre part que le fait d'autoriser les médecins et les chirurgiens des hôpitaux à toucher des honoraires est un privilège exorbitant sur leurs confrères de la ville, et que les médecins des hôpitaux seront tentés de considérer les établissements de l'Assistance plus comme de véritables maisons de santé pour leurs clients que comme des hôpitaux pour les pauvres. Certes, cela pourrait survenir s'il n'existait aucun contrôle et si l'admission des gens riches et aisés dans un hôpital devait être la règle. Mais le nouveau projet de règlement intérieur des hôpitaux, soumis au Conseil supérieur, proclame le principe de l'hôpital aux pauvres et n'admet l'admission des malades aisés que dans certains cas bien définis: quand, par exemple, la nature de la maladie nécessite des soins spéciaux et qu'il n'existe pas dans la ville de maisons de santé où ces soins peuvent être donnés. C'est dans ces cas bien définis que le médecin serait en droit de percevoir des honoraires. Ces cas seraient très rares à Paris et dans les grandes villes, si le nouveau règlement venait dans un avenir lointain à y être appliqué. Mais dans l'état actuel des choses, nous prétendons que l'obligation de payer le médecin empêcherait bien des abus. Nombre des malades aisés ne se feraient plus soigner à l'hôpital si ce dernier se faisait rembourser intégralement les frais de traitement et d'hospitalisation.

Nous croyons, en outre, que ces honoraires médicaux sont légitimement dus; et, du reste, un jugement du tribunal civil de Murat condamnait, il y a un an ou deux, un malade, opéré à l'hôpital, à payer son chirurgien. Pour éviter toute contestation et tout procès, le malade pourrait verser ces honoraires, basés sur le tarif moyen de la région, à l'Administration hospitalière qui les rembourserait ensuite au médecin ou au chirurgien. Rien ne paraît plus facile, ni plus équitable, mais il faut compter en France avec les préjugés séculaires et nous doutons que de sitôt pareille réforme soit opérée. Néanmoins, il est intéressant de constater que cette question a pu être mise à l'ordre du jour du Conseil supérieur de l'Assistance et faire l'objet d'un rapport et d'une discussion sérieuse. J. NOIR.

Congrès des Sociétés savantes : Liberté des communications.

Nous avons reçu de M. le Dr Boucher (de Saint-Servan), licencié en droit, une brochure comprenant deux courts mémoires intitulés, l'un : *De l'erreur jennérienne et de ses conséquences au point de vue de l'épidémiologie;* l'autre: *De l'illégitimité de l'hypothèse d'Eberth en ce qui concerne la fièvre typhoïde et sa propagation par l'eau.* — L'auteur se proposait de les communiquer au *Congrès des Sociétés savantes* qui a eu lieu récemment à Toulouse. Il n'a pu le faire, ses mémoires ayant été *interdits par une décision ministérielle* ainsi conçue :

Monsieur,

Le Comité des travaux scientifiques et historiques a examiné vos deux communications (suivent les titres donnés plus haut)... J'ai le regret de vous annoncer que la Section des Sciences n'a pas cru devoir me proposer l'inscription de ces mémoires à l'ordre du jour du Congrès. — Recevez, etc.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : — Pour le Ministre et par autorisation, le Directeur de l'enseignement supérieur, conseiller d'État. (Illisible.)

Nous avons lu les mémoires du Dr Boucher. Nous ne partageons nullement ses idées. 1° En ce qui concerne la *vaccination préventive de la variole.* Nous n'avons jamais cessé de faire une propagande active en sa faveur. Nous pratiquons régulièrement la vaccination dans notre service et dans notre clientèle. Nous avons réclamé et obtenu la *revaccination des étudiants, des infirmiers, des infirmières* dont quelques-uns mouraient chaque année de la petite vérole et dont beaucoup, à la suite de cette maladie, restaient défigurés. Depuis que cette mesure a été prise, nous croyons qu'il ne s'est produit aucun décès parmi les étudiants en médecine et parmi le personnel secondaire.

2° Relativement à l'*origine hydrique de la fièvre typhoïde,* bien que d'autres causes puissent intervenir, nous croyons qu'elle est incontestable et la publication que nous commençons aujourd'hui d'un très remarquable rapport de M. le Dr Vaillard en donnera, une fois de plus, la démonstration. (Voir p. 281.)

Mais de ce que ses deux travaux sont en opposition avec les idées très généralement reçues, nous ne comprenons rien à l'*interdiction ministérielle* dont ils ont été l'objet, d'autant plus que leur forme est correcte et qu'ils ne contiennent aucune critique personnelle. Nous

ignorions qu'il existait une censure à la porte du Congrès des Sociétés savantes et nous nous demandons comment il se fait que le ministre républicain de l'Instruction publique ait sanctionné une mesure qui nous parait vraiment extraordinaire, à moins qu'il n'ait, sur l'auteur, des renseignements défavorables, hypothèse peu probable, puisque d'autres Congrès, entre autres l'Association française, ont accepté l'audition de communications antérieures. Décidément nous avons une drôle de fin de siècle. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 février 1899.

Inscription électrique des mouvements valvulaires qui déterminent l'ouverture et l'occlusion des orifices du cœur.

M. Chauveau, dans ses recherches sur l'inscription électrique des mouvements valvulaires qui déterminent l'ouverture et l'occlusion des orifices du cœur, a constaté que les valvules auriculo-ventriculaires se relèvent et ferment l'orifice dans la phase de début de la systole ventriculaire, qu'elles s'abaissent et rendent libre cet orifice entre la fin de la systole et le commencement de la diastole des ventricules. Il n'y a d'accroissement sensible de la pression intra-ventriculaire qu'au moment où les ventricules se contractent, en provoquant le soulèvement des valvules mitrale et tricuspide et la fermeture des orifices auriculo-ventriculaires. Le premier bruit du cœur étant causé par le soulèvement et la tension des valvules auriculo-ventriculaires, occupe dans la révolution cardiaque la place indiquée par les signaux électriques pour ce soulèvement et cette tension ; il est donc isochrone à la phase de début de la systole ventriculaire, c'est-à-dire qu'il se produit pendant la première partie de la brusque ascension de la courbe des pressions intra-ventriculaires. En ce qui concerne les valvules sigmoïdes, l'auteur a trouvé que celles de l'aorte s'abaissent, ferment leur orifice et se tendent brusquement, en produisant le deuxième bruit du cœur, juste au moment où le ventricule se relâche pour se mettre en diastole, et où la valvule mitrale, en s'abaissant, ouvre l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Ainsi, de même que le premier bruit du cœur est un phénomène de début de la systole ventriculaire, de même le deuxième bruit est un phénomène de début de la diastole ventriculaire.

Les microbes des fleurs.

M. Domingos Freire, dans les recherches qu'il a instituées sur les organes floraux, montre que les fleurs peuvent donner asile à des microbes saprophytes et pathogènes, et qu'elles peuvent devenir ainsi une source de contamination. Il pense en outre qu'il existe certaines relations entre le coloris des fleurs et les pigments produits par les microbes qui s'y abritent. La nuance rosée de la rose Rothschild est semblable à celle des cultures sur plaque du *Leptothrix ochracea* avant d'arriver au rouge brique. De même, la couleur jaune d'œuf des colonies du *Micrococcus cruciformis* est de même ton que celle de la matière colorante qui recouvre les anthères de l'*Hibiscus rosa sinensis*. Enfin plusieurs espèces microbiennes, que l'auteur appellerait osmogènes, reproduisent des odeurs analogues à celles dégagées par les essences des fleurs où elles vivent.

Sur la statistique des éléments minéraux et particulièrement du fer chez le fœtus humain.

M. Hugounenq a institué une série de recherches sur la composition minérale du fœtus et de l'enfant nouveau-né, lui permettant de formuler les conclusions suivantes : 1° La fixation des éléments minéraux par l'embryon ne s'effectue pas avec la même intensité à toutes les périodes de la grossesse ; elle est peu marquée au début, très active à la fin ; 2° au cours des trois derniers mois, le poids global des sels fixés par le fœtus est environ deux fois plus considérable que pendant les six premiers mois de la gestation ; 3° au moment de la naissance, l'enfant de poids normal a soustrait à l'organisme maternel un poids total de 100 grammes environ de sels minéraux ; 4° dans ce chiffre, le fer n'est représenté que par 0 gr. 421 milligr. de peroxde FO^2O^3, soit 0 gr. 294 milligr. de fer métallique ; 5° la fixation du fer obéit aux mêmes lois que l'ensemble du squelette minéral ; pendant les trois derniers mois de la gestation, le fœtus fixe au moins deux fois plus de fer qu'il n'en avait fixé précédemment ; 6° en résumé, les pertes de sels minéraux et de fer en particulier, subies par l'organisme maternel au bénéfice de l'embryon, ont lieu, pour les deux tiers au moins de la spoliation totale, pendant les trois derniers mois de la grossesse. Il est probable que cette fixation qui s'exerce surtout pendant les dernières semaines, n'est pas étrangère à la pathogénie des troubles de la nutrition qui compliquent fréquemment la fin de la grossesse, et peut-être pendant cette période, ne serait-il pas inutile d'exagérer l'alimentation minérale par un choix judicieux d'aliments riches en fer, en phosphore et en chaux. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 avril 1899. — Présidence de M. Bouchard.

M. Hayem discute la question de l'*ictère acholurique* de MM. Gilbert et Castaigne ; rentre-t-il dans les ictères chroniques signalés par lui sous le nom d'*ictère chronique infectieux splénomégalique*, qui ne donnent pas dans les rémissions la réaction de Gosselin, tandis que le sérum du sang donne toujours cette réaction ; ou s'agit-il de cet ictère si fréquent chez les dyspeptiques et qui est caractérisé par ces mêmes signes de réaction ?

M. Hayem étudie les appréciations entre les variétés de globules blancs : pendant que Ehrlich en reconnaît six variétés, M. Hayem les réunit en quatre groupes : 1° les mononucléaires incolores ; 2° les mononucléaires opaques ; 3° les polynucléaires ; 4° les éosinophiles. Les mononucléaires incolores comprennent les plus petits globules blancs et les plus volumineux, car les caractères du noyau restent identiques : unique, volumineux, arrondi. Les mononucléaires colorés comprennent les lymphocytes d'Ehrlich.

M. Jolly a étudié dans la moelle rouge du cobaye et du rat adulte des cellules à granulations réfringentes éosinophiles, dont les noyaux présentent les différentes phases de la division indirecte, indiquant anatomiquement la multiplication des globules blancs qu'on ne peut confondre avec les cellules nucléées hémoglobinuriques, ni avec les cellules incolores non granuleuses. Chez l'homme, où la moelle osseuse fraîche est rare, l'auteur a observé la moelle rouge d'enfants de 15 jours à 2 mois, et y a suivi les cellules éosinophiles aux différents stades de la mitose ; dans certaines cellules les granulations sont petites et peu réfringentes ; dans d'autres, elles sont grosses et réfringentes et ressemblent à celle des cellules éosinophiles du sang.

MM. Levaditi et Paris ont observé chez M. Charrin un cas d'*infection streptococcique chez un nouveau-né*, fils de cancéreuse. Cet enfant fut en hypothermie dès la naissance (26° au thermomètre, 4 calories au calorimètre). Cette hypothermie qu'on pourrait attribuer à la viciation des échanges chimiques pourrait être cause de l'infection streptococcique en préparant le terrain.

M. Sabrazès (de Bordeaux) a observé chez le pigeon une *pseudo-tuberculose bacillaire*, maladie contagieuse fréquente, caractérisée par l'évolution lente sous la peau de la région cervicale antérieure de volumineuses tumeurs polypoïdes ressemblant à des tubercules. Ce n'est ni de la

tuberculose aviaire, ni de l'aspergillose : ces tumeurs sont dues au bacille décoloré de Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne coagulant pas le lait ; couvrant la gelose d'un enduit transparent, poussant mal sur la pomme de terre ; il fait fermenter le glucose, et reste sans action sur la lactose ; inoculable au pigeon chez lequel en deux mois il développe une pseudo-tuberculose viscérale.

M. Phisalix rappelle que la diphtérie du pigeon a une manière de procéder analogue.

M. Delbet présente un variqueux dont les ulcères furent détruits par la mise à nu du nerf et hersage consécutif.

Séance du 29 *avril*. — Présidence de M. Bouchard.

MM. Gilbert et Castaigne rapportent une observation d'*ictère hémophéique acholurique*, nous avons signalé incidemment que le sérum de notre malade ne contenait que des pigments modifiés. M. Hayem s'est élevé contre ces résultats. Depuis nous nous sommes reportés aux opinions des divers auteurs classiques, qui tous, parlent du pouvoir tintorial des pigments hépatiques anormaux, capables de donner à eux seuls une forme spéciale de l'ictère. Parmi les auteurs qui soutiennent cette opinion nous trouvons des élèves de M. Hayem qui se sont occupés d'une façon spéciale du sang ou des pigments biliaires (Tissier, Parmentier, Lenoble), mais nous nous contenterons de citer M. Hayem lui-même dans son remarquable travail *Le sang*. Il est difficile, dit-il, de nier la puissance tinctoriale de ce pigment rouge-brun, et après avoir rapporté une observation qu'il qualifie de typique d'ictère hémaphéique, l'auteur ajoute : « Voici donc un fait dans lequel la coloration ictérique des téguments s'est produite en dehors de toute résorption appréciable de bilirubine. »

M. Hayem ne partage plus l'opinion émise autrefois, et croit que le pigment rouge-brun de Winter n'a pas ce pouvoir tinctorial.

M. Bouchard fait remarquer qu'en science personne ne fait autorité et la Société de Biologie n'a à s'incliner devant l'autorité de qui que ce soit. C'est le libre examen et la pleine discussion ainsi formellement établis et l'erreur ne saurait se couvrir d'un grand nom scientifique.

M. Rosenthal a trouvé dans quelques cas de *bronchopneumonie infantile*. le cocco-bacille de Pfeiffer tel que Pfeiffer, puis Meunier l'ont décrit. Il l'a trouvé tantôt pur, tantôt associé à un para-cocco-bacille, de dimensions semblables, dont les cultures lentes à se développer simulent celle du bacille de Pfeiffer au début. Ce dernier prend le Gram. La décoloration par le Gram, et une recoloration prudente par le Ziehl dilué permet de séparer sur une même lamelle les deux bacilles.

M. Chauveau présente des *graphiques obtenus dans le cœur du cheval* par des sondes munies du signal de Déprez, et permettant d'inscrire le mouvement des valvules artérielles et des valvules auriculo-ventriculaires.

M. Laborde fait observer que ces expériences nouvelles ne font que corroborer celles de MM. Chauveau et Marey qui restent classiques.

M. Laveran étudie la *sarcocystine* du mouton obtenue par des extraits aqueux et glycérinés de sarcoporides de cet animal. Cette sarcocystine est toxique et détermine en dose massive la mort rapide du lapin avec hypothermie énorme ; les doses moindres (1 milligr. par kilogramme d'animal) déterminent de l'œdème au point d'inoculation, de la fièvre, puis hypothermie et mort en quelques jours.

M. Lepinois dépose une note *sur le chromogène des capsules surrénales*.

MM. Athias et Franca (de Lisbonne) donnent une note sur *le rôle des leucocytes dans la destruction des cellules nerveuses*. Les éléments qui détruisent les cellules nerveuses ou neurophages ont été retrouvés par les auteurs chez les paralytiques généraux et les épileptiques. Ce sont des leucocytes qui sortent des vaisseaux par diapédèse, s'accolent aux cellules nerveuses pyramidales ou autres et y produisent de profondes dépressions. Le noyau les différencie des cellules névrogliques, et l'accolement de ces dernières aux cellules nobles ne donne jamais de dépression ni de déformation. Les auteurs ne peuvent affirmer si c'est avant ou après la mort de la cellule nerveuse qu'elle est mangée par le leucocyte diapédèsé. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 *mai* 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Les bruits de peste à Paris.

Sur une question de M. Le Roy de Méricourt, M. Léon Colin dément formellement les bruits d'une prétendue épidémie de peste à Paris.

La puériculture.

M. Pinard signale l'œuvre excellente créée par le Dr Péqué (de Maule) pour placer dans les meilleures conditions hygiéniques les femmes enceintes, dans le dernier mois de leur grossesse.

Disparition du paludisme en Puyssaie.

M. Roché (de Touray) signale la disparition du paludisme dans cette province. Pourtant les conditions marécageuses anciennes ne se sont pas modifiées. Il semble qu'il y ait là un fait fort interessant de disparition spontanée de l'hématozoaire de Laveran.

La myopie scolaire.

M. Motais (d'Angers) signale la fréquence croissante de la myopie scolaire. Il met en relief l'importance de l'hérédité. En dehors des réformes du mobilier, de l'éclairage, etc., une inspection ophtalmologique régulière et périodique de nos établissements d'instruction secondaire s'impose dans l'intérêt général et dans l'intérêt particulier des élèves.

Traitement de la scoliose.

M. A. Chipault décrit un nouveau traitement consistant : 1° dans la réduction par extension et poids après assouplissement préalable du rachis ; 2° dans un corset plâtré immobilisant en bonne position.

Election de deux associés nationaux.

M. Doyon (d'Uriage) est élu par 63 voix sur 74 votants et M. Pamard (d'Avignon), par 55 voix sur le même nombre de votants. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 *avril* 1899. — Présidence de M. Troisier.

Goitre exophtalmique et hystérie.

M. Debove relate l'observation d'une malade atteinte de goitre exophtalmique, à la suite d'une violente émotion. Ce goitre exophtalmique guérit à la suite d'injections iodées. M. Debove croit que ce goitre est d'origine hystérique, ce qui explique l'action merveilleuse du traitement. M. Debove à ce sujet remarque l'erreur de la plupart des nosologistes qui considèrent le goitre exophtalmique comme une entité morbide. Le syndrome de Basedow peut être la conséquence de lésions diverses. Certains cas peuvent relever de la chirurgie mais non tous ; on devrait s'occuper du traitement des goitres exophtalmiques et non du goitre exophtalmique. M. Debove a en outre constaté chez la malade la paralysie permanente du frontal.

M. Béclère a pu constater le syndrome de Basedow chez une myxœdémateuse qui, par une erreur de la sœur chargée de veiller à son traitement, avait pris des doses considérables de corps thyroïde. Cette femme, dont le myxœdème s'était amelioré, présenta, outre le syndrome de Basedow, des stigmates manifestes d'hystérie.

Alcoolisme et tuberculose.

M. Jacquet soigne 17 tuberculeux dans son service ; sur ces malades 16 sont des alcooliques de vieille date. Il demande que tous les médecins des hôpitaux fassent la même enquête.

M. LEGENDRE a fait une statistique de ce genre et en a donné les résultats au Congrès antialcoolique. Cette statistique est difficile à faire, les malades répondent mal si les questions ne sont pas habilement posées.

M. HAYEM fait remarquer que l'alcoolisme est si fréquent chez les malades des hôpitaux qu'il est rare de ne pas le constater chez toute sorte de malades. Il est bien difficile de pouvoir faire la part de l'alcoolisme dans l'étiologie des maladies diverses. J. N.

Séance du 28 avril 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr RAYMOND.

Méningite cérébro-spinale due au staphylocoque doré, avec herpès labialis.

M. NETTER a fait l'autopsie d'un enfant atteint de méningite cérébro-spinale chez lequel existait une éruption d'herpès labialis et facial très accentuée. Il a pu se rendre compte que le staphylocoque doré était le seul microbe cause de la maladie, et qu'en outre le ganglion de Gasser du trijumeau du même côté que l'herpès de la face baignait dans une collection purulente.

Surdi-mutité d'origine hystérique.

M. ANTONY (du Val-de-Grâce) présente un des malades dont il avait déjà rapporté l'observation au début de l'année. Ce malade, atteint de surdité et de mutisme, a été guéri par l'usage de l'électricité et par la rééducation de la parole. On soumit le malade, d'abord fort indocile, à des séances d'électrisation statique pour exciter le larynx et l'on fit des applications galvaniques pour les oreilles. Le malade, qui n'était pas un simulateur, mais bien un hystérique, devint très docile lorsqu'il vit qu'un de ses camarades de la légion étrangère, atteint de la même affection, commençait à parler. Il fit dès lors des progrès rapides, recouvra la parole, puis enfin parvint peu à peu à percevoir de plus en plus nettement les sensations auditives. Aujourd'hui il est complètement guéri.

Infantilisme et rétrécissement mitral.

M. DELPEUCH présente les pièces anatomiques d'une jeune fille atteinte d'un rétrécissement mitral très accentué. Cette fille était une infantile, bien que d'une taille assez élevée, et cela parce qu'elle n'a jamais été réglée, parce que son utérus est de très faibles dimensions, et parce que les diverses parties de son squelette n'ont pas subi un développement proportionnel à celui de sa taille. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 avril 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI

Traitement de l'appendicite.

M. POIRIER résume, dans un remarquable exposé, les différentes opinions qui ont été exprimées par ses collègues de la Société de Chirurgie au cours de la longue discussion soulevée par le traitement de l'appendicite. Dès le début, M. Poirier se déclarait partisan de l'opération immédiate dans tous les cas d'appendicite. Un grand nombre de chirurgiens se sont nettement rangés de son côté; ce sont les radicaux. Les autres, opportunistes, n'interviennent que dans les cas franchement aigus et sont d'avis, dans les autres cas, de temporiser pour opérer plus tard à froid. MM. Chaput, Segond, Michaux, Hartmann, sont nettement partisans de l'opération immédiate. M. Peyrot déclare qu'il est du devoir du chirurgien d'intervenir; car en n'opérant pas de suite on abandonne à son malheureux sort tout un groupe de malades. M. Hartmann fait une restriction pour les cas où il existe un gâteau abdominal qui limite les lésions. Tel n'est pas l'avis de M. Poirier, qui pense qu'il faut toujours intervenir, surtout s'il y a gâteau, car rien ne permet de croire que la grande séreuse est suffisamment protégée. Le camp des radicaux a donc considérablement grossi. Plusieurs chirurgiens qui, au début de la discussion, se déclaraient opposés au principe de l'intervention absolue, sont revenus peu à peu de leur opinion première pour se rallier à la doctrine radicale. Tel est le cas de M. Quénu, qui conclut à la nécessité de l'intervention hâtive, à condition que le diagnostic soit solidement établi. M. Reynier continue à protester contre l'intervention radicale et préfère l'expectation armée. Quoi qu'il en soit, cette discussion aura été très utile, puisque la lumière en a jailli sur les points suivants, où tout le monde est à peu près d'accord :

a) Il n'y a point de traitement médical de l'appendicite;

b) L'appendicite aiguë doit être opérée d'urgence, dès que le diagnostic est posé;

c) Peut-on, comme le conseillent quelques-uns, temporiser s'il y a gâteau, pour opérer plus tard? Il est plus sage d'opérer de suite, car on expose ainsi le malade à moins de risques;

d) En cas de péritonite généralisée, il faut opérer de suite, bien que l'opération offre peu de chances de succès;

e) Il est dangereux de laisser refroidir une appendicite;

f) Le diagnostic de l'appendicite est souvent difficile au début;

g) L'incision iliaque, haute ou basse, est le procédé de choix. L'incision parallèle au bord externe du grand droit, comme le conseille M. Jalaguier, donne aussi de bons résultats. Le procédé *a posteriori*, préconisé par M. Poirier, convient surtout pour atteindre les abcès profonds.

Accessoirement, la discussion comportait cette question : faut-il réséquer l'appendice? Il résulte, des différents avis exprimés sur ce point, que la plupart des chirurgiens considèrent qu'il faut enlever l'appendice; c'est, en effet, le meilleur moyen de faire une opération complète. M. Quénu conseille toutefois de le laisser, si sa recherche est trop laborieuse et expose à de trop grands dégâts. Telles sont les propositions par lesquelles M. Poirier résume cette longue discussion; il termine en disant que l'honneur en revient aux travaux de M. Dieulafoy.

Traitement de la tuberculose testiculaire.

M. BAZY pense qu'on peut obtenir la guérison de la tuberculose testiculaire par des opérations moins radicales que la castration, proposée par M. Berger. La castration n'empêche pas la récidive de l'autre côté ; or, si un malade consent à la castration unilatérale, il accepterait difficilement une seconde mutilation. D'autre part, le testicule est un organe utile par sa sécrétion interne et il importe de ne pas le sacrifier. M. Bazy s'est très bien trouvé des cautérisations profondes au fer rouge au sein des foyers tuberculeux. Les interventions partielles lui semblent donc préférables, sauf dans les cas de tuberculose totale.

Tuberculose testiculaire chez les enfants.

M. FÉLIZET a observé depuis dix ans cinquante cas de tuberculose testiculaire chez les enfants. L'affection n'est donc pas fréquente; elle s'observe dans la grande enfance; elle est très rare avant 14 ans. Elle revêt des formes très variables (hydrocèle, orchite aiguë ou subaiguë). Le plus souvent la marche des lésions est très rapide. L'infection suit la voie des vaisseaux spermatiques. Elle suit parfois la voie lymphatique. C'est ainsi que, dans quatre cas, M. Félizet a vu la tuberculisation des ganglions iliaques causer la mort par cachexie. Les règles du traitement sont difficiles à poser. Si l'état général est mauvais, il faut opérer de suite. Chez les enfants robustes, on peut attendre et recourir aux cautérisations par la teinture d'iode, le chlorure de zinc. Si l'épididyme est pris totalement, il faut l'enlever, car l'organe est perdu, détruit par la tuberculose. P. RELLAY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 avril. — PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

Désinfection des wagons et voitures.

M. VALLIN passe en revue tous les dangers que court le public en voyageant dans les voitures de chemin de fer ayant transporté des malades et en particulier des tuberculeux. En Belgique une ordonnance royale défend aux malades de voyager avec d'autres personnes; mais la loi est rarement appliquée. En France aucune loi n'existe : il serait cependant urgent de fournir aux malades un compartiment, qui serait désinfecté à l'arrivée. Peut-être les Compagnies pourraient construire des wagons pour malades · il faudrait des voitures

confortables sans être luxueuses; les parois seraient peintes et vernies; pas de tapis, etc.; la désinfection serait facile et peu chère. Dans cette question, tout en s'intéressant à toutes les maladies contagieuses, il faut surtout avoir en vue le tuberculeux. M. Vallin expose ensuite la manière dont un wagon est nettoyé tous les jours; en somme le nettoyage est très incomplet et très superficiel. Il serait bon que les tapis disparussent; car les tapis sont un obstacle à la désinfection; on les remplacerait soit par des badigeonnages au coaltar, soit par le linoleum. Dans les salles d'attente l'hygiène est mauvaise; les fenêtres sont rarement ouvertes et les planchers sont sales et contaminés; il devrait y avoir des crachoirs et des avis rappelleraient aux voyageurs qu'il est défendu de cracher par terre. Dans les petites gares il serait bon d'imperméabiliser les planchers.

Le sanatorium d'Hendaye.

M. Belouet. — Ce sanatorium sera ouvert en juin 1899; il comprend 36.000 mètres de terrain qui ont coûté 26.000 francs. L'auteur passe en revue les différentes constructions : le prix de revient d'un lit est de 2.913 francs. La construction a coûté 593.000 francs. Martha.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

IX. — Les formes de la débilité mentale chez l'enfant; par Fletcher Beach. (*Treatment*, octobre 1898.)

IX. — Dans un article, intitulé *On Mental Disorders in Children*, Fletcher Beach résume les divers types cliniques, idiotie, imbécillité, arriération intellectuelle, qui representent les trois degrés de la débilité mentale chez l'enfant. Il est fréquent d'observer chez ces sujets un ensemble de stigmates physiques, dont les caractères ont permis la description de types à facies nettement différenciés. Tel est le facies bien connu du crétin. Un type moins connu est le type *Mongol*, caractérisé par l'écartement des orbites; l'instinct d'imitation est très développé chez ces sujets.

La microcéphalie et l'hydrocéphalie sont les deux degrés extrêmes que peut présenter le crâne dans ses dimensions. La scaphocéphalie est une déformation plus rare et semble être le résultat d'un accouchement laborieux. L'auteur insiste sur la distinction qu'il convient de faire entre l'hydrocéphalie et l'hypertrophie cranienne. Il vient d'observer le cas d'un enfant, épileptique, avec troubles de la marche et de l'intelligence, mort en état de mal épileptique. Cet enfant était considéré comme hydrocéphale, en raison du volume de son crâne. A l'autopsie, on reconnut qu'il n'y avait pas trace d'hydrocéphalie ; mais les os du crâne étaient très épaissis, au point de comprimer le cerveau. Il y a donc lieu de séparer nettement l'hydrocéphalie et l'hypertrophie cranienne; certains signes différentiels permettront ce diagnostic : dans l'hydrocéphalie, l'augmentation de volume prédomine aux tempes, le crâne a une forme arrondie, on sent une fontanelle élastique, les yeux sont écartés ; dans l'hypertrophie du crâne, l'augmentation de volume porte surtout au niveau des sourcils, la forme du crâne se rapproche de celle d'un carré, la fontanelle ne persiste pas.

L'auteur passe ensuite à la classification clinique des enfants idiots ou imbéciles ; il les répartit en plusieurs groupes, d'après le tableau symptomatique présenté par ces malades :

Type paralytique, caractérisé par des convulsions, se montrant après la naissance, résultant souvent d'une méningite *in utero*; il existe souvent une atrophie du cerveau ; l'éducation peut développer l'intelligence, mais reste sans effet sur la paralysie.

Type épileptique. S'il y a des épileptiques intelligents, il y en a aussi beaucoup qui sont arriérés ou imbéciles; parmi ceux-ci les uns s'améliorent, les autres subissent une déchéance intellectuelle progressive qui aboutit à la démence.

Type traumatique. Dans ce groupe se rangent les cas où un traumatisme (chute, travail laborieux) est la cause de troubles intellectuels.

L'auteur résume ensuite les caractères du *crétinisme sporadique*, qui constitue une affection nettement différenciée, susceptible d'être améliorée d'une façon remarquable par le traitement thyroïdien. Mais pour réussir, ce traitement a besoin d'être continué pendant longtemps : autrement dès qu'on vient à l'interrompre, l'amélioration obtenue disparaît. Durant le cours du traitement, il convient de surveiller attentivement l'état du pouls et de la température.

L'auteur termine par l'exposé de certaines règles générales, sur lesquelles doit être basée l'éducation des enfants idiots et arriérés. C'est un partisan convaincu du traitement médico-pédagogique : c'est par l'éducation des muscles et des sens, du toucher en particulier, que l'état intellectuel de ces enfants peut s'améliorer. Mais l'enfant ne peut tirer profit d'un pareil traitement qu'à condition d'être placé dans un établissement spécial, où la présence d'autres enfants fait naître une certaine émulation, très favorable en l'espèce. P. Rellay.

X. — Étude sur le crâne des aliénés; par Cécil Beadles. (*Edinburgh Medical Journal*), mars-avril 1898.

X. — Tous les auteurs s'accordent à signaler la fréquence de l'hypertrophie des os du crâne chez les aliénés. La proportion des cas où existe cette hypertrophie varie d'ailleurs beaucoup suivant les descriptions. L'auteur l'a rencontrée 51 fois sur 234 autopsies. Cette hypertrophie est plus ou moins généralisée, mais elle porte davantage sur le frontal. C'est dans les formes de délire chronique et de démence sénile qu'on la rencontre d'ordinaire. Le poids du crâne augmente en raison de l'épaisseur des os; mais il n'est pas rare que le tissu osseux soit raréfié en même temps qu'hyperostosé et il en résulte alors une densité moins grande qui fait que le poids de la calotte n'est pas toujours proportionnel à son épaisseur.

Il est très rare d'observer sur le crâne des aliénés l'altération inverse, c'est-à-dire une minceur anormale. Sur ses 234 cas, l'auteur n'a constaté qu'une seule fois un degré de minceur tel que les os présentaient des plaques transparentes. Cet état est à rapprocher de ce qu'on observe sur certains crânes d'idiots ou d'épileptiques, surtout quand l'hydrocéphalie est en cause.

La plupart des auteurs attribuent l'hypertrophie des os du crâne à l'augmentation d'afflux sanguin qui accompagne les crises d'excitation mentale au cours d'un délire de longue durée. Il convient d'y joindre d'autres causes, telles que l'hérédité, la syphilis et l'alcoolisme, capables par l'intermédiaire du sang de jouer un rôle dans cette hypertrophie.

P. Rellay.

XI. — Trépanation et Epilepsie; par M. Gilbert Ballet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

XI. — Je lis, dans le numéro du 18 avril 1899 de la *Gazette des hôpitaux*, une note de M. S. Berezowski, d'après laquelle ce serait Kocher (de Berne) qui aurait le premier, en 1898, pratiqué l'excision de la dure-mère pour obtenir la décompression complète dans un cas de récidive d'épilepsie essentielle (1).

En 1889 et 1890, époque où *je supposais que la trépanation pouvait être de quelque utilité dans le mal comitial*, j'ai eu l'occasion de faire pratiquer au moins quatre fois l'excision de cette membrane. Les observations des cas en question n'ont pas été publiées, car je m'étais imposé la règle d'attendre *deux ans au moins* avant d'en faire connaître les résultats obtenus. *Comme ces résultats* (j'entends les *résultats durables*) *ont été nuls*, je me suis abstenu de faire part au public médical de tentatives mieux intentionnées qu'heureuses.

Ceci dit, sans aucune intention de revendication de priorité, et simplement pour démontrer, une fois de plus, qu'il ne faut pas trop se hâter, dans les cas d'intervention médico-chirurgicale, de publier les observations. (*Gazette des hôpitaux*.)

XII. — Hémorragie méningée en foyer; épilepsie jacksonnienne; hémiplégie gauche avec troubles sensitifs; trépanation; mort; par MM. Henri Verger et de Boncourd. (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1898.)

XII. — Il s'agit d'un homme de 46 ans, entré dans le service de M. le Pr Pitres, pour une hémiplégie gauche avec crises convulsives débutant du même côté et se généralisant ensuite. Le début remontait à trois mois. Ni alcoolisme, ni syphilis. En août 1898, insolation suivie d'une céphalée violente siégeant dans la moitié antérieure droite de la tête. Le 12 septembre,

(1) Voir le compte rendu de la séance du 12 avril 1899 de la Société de Chirurgie, in *Progrès médical*, nº 16, page 249.

perte de connaissance considérée comme une attaque d'apoplexie. Quelques jours après, paralysie incomplète des membres du côté droit. Vingt jours après déjà la paraysie avait augmenté, suivie, à quelques jours d'intervalle, de deux autres attaques.

Le 27 *octobre* 1898, l'examen détaillé fait porter le diagnostic suivant : *Lésion corticale de nature indéterminée siégeant vers le tiers moyen des circonvolutions Rolando.* Jusqu'au 10 novembre plusieurs crises de vomissements incoercibles. Plusieurs périodes comateuses.

17 *novembre*. — Trépanation par M. le Pr Lannelongue, répondant au sillon de Rolando. Incision cruciale de la dure-mère mettant à nu une masse d'un rouge noirâtre ayant l'aspect d'un caillot hémorragique. Au-dessous du caillot détaché la substance cérébrale a l'aspect des parois des foyers hémorragiques. La dure-mère est suturée au catgut, la peau au crin de Florence. Suites opératoires bonnes.

Le 19, état comateux. Le 20, le malade reprend connaissance. La céphalalgie persiste mais moins intense. La paralysie et les troubles sensitifs subsistent. Ces derniers sont notablement plus marqués qu'avant l'opération. Le 21, état semi-comateux, incontinence fécale et urinaire. 1er décembre, mort. Pas d'autopsie. Dans ce cas, l'intervention chirurgicale a été faite sur un diagnostic anatomique précis. Les auteurs, dans leurs considérations cliniques, rappellent une observation de M. le Pr Lépine, où la trépanation pratiquée pour une pachyméningite hémorragique fut suivie de succès. Il s'agissait d'un homme présentant de l'épilepsie jacksonnienne avec aphasie et hémiplégie droite. Il fut trépané par Jaboulay qui enleva les caillots, et la guérison s'ensuivit.

REVUE DE MÉDECINE

VI. — Etude sur les sanatoria; par Sersiron.

VI. — A une époque où les sanatoria semblent pour la plupart des auteurs devoir représenter le progrès le plus important de la thérapeutique en fait de tuberculose, le travail de l'auteur sera compulsé avec fruit par tous ceux que la question intéresse.

Sans partager les vues de l'auteur sur la possibilité de réaliser l'hospitalisation des tuberculeux et surtout des tuberculeux pauvres, nous avons lu avec grand intérêt les renseignements très complets que son livre renferme sur les efforts tentés à l'étranger surtout pour aboutir à l'isolement et au traitement systématique des malades atteints de bacillose dans des établissements spéciaux. Quelle que soit l'opinion que l'on propose à cet égard, la première condition à réaliser pour tous les médecins est de se tenir au courant de la question. Nulle monographie ne peut être plus profitable à ce point de vue que le travail dont M. Sersiron s'est donné la peine de réunir les matériaux.

VII. — Sanatorii pei tubercolici polmonari in Davos: par Cozzolino (Vincenzo). (Napoli, A. Tocco.)

VII. — Brochure instructive tendant au même but que l'ouvrage cité plus haut, mais relatif à un sanatorium spécial, celui de Davos.

VIII. — Traitement de la tubercolose par la méthode des congénéres; par Blocq.

VIII. — Cet opuscule résume les idées et les travaux déjà publiés par l'auteur sur une méthode nouvelle de traitement de la tuberculose. S'appuyant sur le fait d'observation, très exact d'ailleurs, quo dans les familles d'héréditaires les individus vigoureux présentent une résistance très grande à l'invasion du bacille de Koch et se comportent à son égard comme des organismes vaccinés, le Dr Blocq a institué une méthode de traitement par injection de sérum de ces pseudo-immunisés dans le sang des congénères plus affaiblis et par suite infectés. Cette conception à au moins le mérite, de plus en plus rare aujourd'hui, d'une originalité très grande.

Il nous paraît douteux que cette méthode de traitement puisse aboutir malgré les observations publiés par l'auteur à se généraliser. Tout en conservant quelques doutes sur l'efficacité de ce moyen thérapeutique en tant que méthode générale, il nous semble juste de reconnaître que les essais réalisés par l'auteur et ses collaborateurs ne sont point dénués de tout intérêt.

Sans voir actuellement l'utilisation pratique de la méthode d'inspection du sang des congénères ; il semble intéressant de constater un fait assez remarquable celui des réactions fébriles provoqué, par les injections de sérum des congénères chez les animaux et chez l'homme. Ces réactions fébriles consécutives à l'emploi de sérum convenablement choisi semblent plus intenses que celles que l'on observe toujours à la suite de l'injection de tout sérum étranger.

Si ce fait se confirme, il y aurait peut-être, dans cette voie, des recherches intéressantes à tenter au point de vue des applications ultérieures de la sérothérapie à la tuberculose.

C'est surtout à ce point de vue et en raison des idées suggestives qu'il provoque que le travail du Dr Blocq nous parait devoir être consulté, bien plutôt qu'au point d'une utilité pratique, à notre sens encore hypothétique.

IX. — Le cœur chez les tuberculeux; par Etienne Regnault. Thèse de Lyon. (J.-B. Baillière, éditeur.)

IX. — Ce travail est entièrement consacré à l'étude du cœur chez les tuberculeux au point de vue anatomique et clinique. Le point le plus saillant qui ressort des observations et autopsies publiées par le Dr Regnault est la constatation fréquente d'hypertrophies locales ou générales du cœur chez les tuberculeux. L'atrophie de l'organe, dit fort justement l'auteur, est loin d'être la règle, ainsi qu'on le croit généralement.

C'est principalement dans les tuberculoses fibreuses que l'hypertrophie a paru se montrer fréquente.

L'auteur étudie également la dilatation du cœur, la tachycardie, l'instabilité du pouls. Cette étude est très soignée et fort bien conçue.

Dans l'explication et l'interprétation de ces divers phénomènes, l'auteur semble moins heureusement inspiré et sacrifie peut-être un peu trop à la mode courante, en attribuant aux toxines la majeure partie de responsabilité des désordres cliniques et anatomiques.

A part cette légère critique, nous nous empresserons de déclarer que le travail du Dr Regnault nous semble très consciencieux et fort bien inspiré.

X. — Nature intime de la phtisie pulmonaire. Sa curabilité par la minéralisation intensive et l'alimentation naturelle et artificielle; par Dimitropol. (Bucarest. 1898.)

X. — Cet opuscule, exagéré comme opinion sur bien des points, est consacré surtout à la démonstration de cet aphorisme que la tuberculose est surtout une maladie de dénutrition.

XI. — Les rayons Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose; par A. Béclère. (J.-B. Baillière.)

XI. — Comme l'indique la collection à laquelle appartient cette brochure elle constitue essentiellement un travail d'actualité.

A ce titre il est difficile de l'analyser, car il est presque impossible d'émettre des opinions sur des questions aussi mouvantes et aussi progressibles que celle de l'application des rayons cathodiques à la médecine.

Sans penser que les services rendus au diagnostic par ces méthodes d'exploration soient encore bien considérables, tout praticien doit se familiariser avec ces procédés d'examen et comme guide dans cette étude le livre du Dr Béclère très clair et très résumé sera d'un utile secours pour la pratique journalière.

Gabriel Arthaud.

Société pour la Propagation de l'Incinération. — Cette Société tiendra son assemblée annuelle samedi prochain 6 mai, à 9 heures précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Dans un but de propagande, cette Société admet à son Assemblée générale toutes les personnes qui s'intéressent aux questions d'hygiène.

BIBLIOGRAPHIE

Index-Catalogue of the library of the surgeon-general's office United States Army, authors and subjects. (Second series B. Bywater; Washington; governement Printing office, vol. II).

Ce volume renferme 15.73? noms d'auteurs, correspondant à 6.38? volumes et 14.802 brochures, et contient aussi le titre de 5.774 sujets de livres et brochures, et 21.725 titres d'articles parus dans les publications périodiques.

Cette publication, poursuivie régulièrement, fait honneur au Dr Huntington et à ses collaborateurs. C'est là une œuvre que nous ne saurions trop envier aux Etats-Unis. Nous croyons, en effet, que non seulement la Bibliothèque de l'Ecole de Médecine, mais encore la plupart des Bibliothèques publiques ne possèdent pas de catalogue imprimé, même la Bibliothèque Nationale, si nous en croyons un entrefilet de *l'Aurore* du 4 novembre 1898.

« Les conservateurs de la Bibliothèque nationale, dit le rédacteur, dont l'obligeance n'a d'égale que l'érudition, passent leur temps à faire le métier de portefaix. Ne pourrait-on leur laisser le loisir de s'attaquer un peu à ce redoutable Catalogue général dont on parle toujours, mais qu'on ne commence jamais? Quelques garçons de moins dans les antichambres de ministres et de préfets, quelques employés de plus à la Nationale, s. v. p.! »

Nous nous associons complètement à ces judicieuses réflexions et faisons des vœux surtout pour la suppression des employés et des fonctionnaires inutiles et l'affectation de leurs traitements à l'élaboration des catalogues de nos bibliothèques.

Dr Freeman.

L'hystérie aux XVIIe et XVIIIe siècles; par Mme Abricossoff. (Steinheil, édit.)

Mme Abricossoff fait dans cette thèse une étude historique et bibliographique complète de l'hystérie en développant plus particulièrement ce qui a trait aux xviie et xviiie siècles. Le premier chapitre traite de l'hystérie avant le xviie siècle. Les Grecs avaient connu l'hystérie avant Hippocrate, et Celse l'a assez nettement distinguée de l'épilepsie. Ces deux médecins, comme Galien et tous leurs contemporains, faisaient de l'hystérie une affection dont le siège était la matrice. L'influence des anciens persiste chez les Arabes et dans le Moyen Age. A cette dernière époque le mysticisme prend le dessus, l'hystérie, qui a fréquemment le caractère épidémique, devient une manifestation de la possession du diable. Plusieurs de ces épidémies sont relatées avec détails dans la *Bibliothèque diabolique* publiée par M. Bourneville. Quelques médecins de talent, de bon sens et de courage, tels que Jean de Wier (1), essayent bien de réagir contre la sainte fureur des exorcistes, mais sans trop de succès. Le xviie siècle, bien qu'époque des Bacon, des Harvey, des Descartes, voit encore les troubles hystériques classés parmi les crimes de sorcellerie et de magie, témoins les procès d'Urbain Grandier en 1634, des possédées de Louviers en 1647. Willis, Sydenham, Lepois, Boerhaave se font une plus juste idée de l'hystérie qu'ils confondent souvent avec l'hypocondrie. Lepois le premier repousse le siège utérin de l'hystérie et Sydenham donne de la maladie une description clinique des plus remarquables.

Le xviiie siècle, malgré le développement des idées philosophiques, voit encore des épidémies hystériques soit semi-religieuses comme celles des convulsionnaires de Saint-Médard (1731), soit fantasmagoriques comme celles des disciples de Mesmer; et cependant la science a poursuivi ses progrès. Astruc avait classé l'hystérie parmi les affections convulsives et l'admet chez l'homme. Hoffmann, oubliant les idées simples de Sydenham, était revenu, au sujet de l'hystérie, à la théorie presque humorale de Galien et à l'origine utérine. Flemyng et Klakof faisaient de l'hystérie une affection cérébrale. Chirac et Silva attribuaient les désordres de la névrose à des troubles de la circulation des esprits animaux, mais, en même temps, ils observaient minutieusement certains symptômes cliniques et reconnaissaient l'influence de l'hérédité. Kaulin est convaincu que l'hystérie existe chez l'homme comme chez la femme. Sauvages songe plus à la classification de la maladie qu'à son étude clinique. James, dans le *dictionnaire universel de médecine* (1747), décrit l'hystérie, la différencie de l'hypocondrie. Lorry en fait une variété de l'hypocondrie. Pierre Pomme (1760) en fait une classe des affections vaporeuses, appelle les crises, attaques de nerfs, la rapproche encore de l'hypocondrie et l'attribue à l'éréthisme et au racornement des nerfs. Whytt, en 1767, fait encore justice de l'origine utérine et en fait une maladie des nerfs. Pressavin (1770) montre les formes sans nombre de la maladie protée. Tissot, dans son *Traité des nerfs et de leurs maladies*, en 1780, adopte les idées de Sydenham, et Pinel, 1799, la classe dans l'ordre premier de ses névroses, à côté de l'hypocondrie, la mélancolie et la manie.

Mme Abricossoff termine par un résumé de l'étude de l'hystérie au xixe siècle où domine l'influence de Charcot. Briquet en 1859, faisant de l'hystérie une névrose de l'encéphale, fait rentrer son étude dans une période véritablement scientifique. Charcot depuis 1872 étudie l'attaque consulsive hystérique, l'oppose à l'attaque épileptique, il décrit l'ischurie, l'hémianesthésie. En 1872 ses élèves Bourneville et Voulet observent la contracture permanente, et Charcot complète ses études cliniques par la description de l'hémiopie, du somnambulisme provoqué, etc. En un mot il tient dans ce siècle avec son école le rang prépondérant dans l'histoire de la grande névrose.

Mme Abricossoff termine sur ce résumé, forcément très incomplet, de l'histoire de l'hystérie au xixe siècle, surtout destiné à mettre en relief l'évolution des idées des divers médecins des xviie et xviiie siècles qui font le corps et le sujet de sa thèse très intéressante. D'ailleurs il faudrait un volume plus important que le mémoire de Mme Abricossoff pour énumérer seulement les recherches sur l'hystérie à notre époque.

La mémoire de Mme Abricossoff est une de ces œuvres historiques médicales, trop rares à notre époque, qui permettent de juger des progrès de la médecine et de placer à leur rang ceux qui par leur haute intelligence et leur travail opiniâtre sont parvenus à réaliser ces progrès.

J. N.

Cours de minéralogie biologique; par M. S. Gaube (du Gard). (volume, 376 pages, chez A. Maloine, 21, place de l'Ecole de Médecine).

M. S. Gaube vient de faire paraître la deuxième série des *Leçons de minéralogie biologique* : l'ensemble du cours est constitué par dix-neuf leçons. Les sept premières sont consacrées à l'étude du rôle des minéraux dans les ferments, rôle sur lequel l'auteur a établi une théorie minérale des fermentations : Il étudie successivement la *diastase*, la *mygrosine* et les *oxydases*. Pour M. Gaube l'azote est tributaire de l'élément minéral, et la nutrition dépend de la minéralisation; et cette nutrition ne s'effectue que grâce au rôle de l'eau qui agit comme dissolvant. Les leçons suivantes sont consacrées à l'étude des aliments minéraux. Les dernières leçons traitent de la minéralisation des tissus qui constituent le corps humain et principalement de la peau et de ses annexes.

Cet ouvrage est intéressant, rempli d'aperçus originaux et nos lecteurs trouveront profit à en prendre connaissance.

P. Yvon.

Traitement de la chorée. par Essex Wynter. (*Treatment*, novembre 1898.)

Le Dr Essex Wynter résume les principaux traitements proposés contre la chorée. Il insiste surtout sur la nécessité du repos au lit : c'est le meilleur moyen de diminuer l'intensité des mouvements choréiques et de prévenir l'endocardite, qui complique la chorée plus souvent qu'on ne le croit.

Comme médicaments, les plus recommandés sont l'antipyrine et l'arsenic : l'antipyrine sera employée avec succès au début, mais à la fin de la maladie il vaut mieux recourir à l'arsenic et aux ferrugineux. Dans les cas graves où l'intensité des mouvements est telle que le sommeil est empêché, on emploiera avec utilité le chloral et les bromures.

P. Rellay.

(1) Dont les œuvres sont publiées in *Bibliothèque diabolique* par Bourneville.

VARIA

Association des médecins de la Seine.

Cette Association, fondée en 1833 par Orfila, a tenu sa 66e assemblée générale dimanche dernier, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 60.157 francs dont 16.345 francs fournis par les cotisations, 4.296 francs par les dons et legs et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 5 sociétaires, 58 veuves ou familles de sociétaires, enfin 33 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1.200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés ou infirmes.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice; ont été élus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet; secrétaire général, M. Barth.

Voici le mouvement de la Caisse pendant l'exercice 1898 :

CAISSE GÉNÉRALE.

Recettes.

Rentes 3 p. 100 et 3 1/2 p. 100	38.997 25
Cotisations	16.345 »
Admissions	396 »
Dons et legs	4.291 70
Reliquat de l'année 1897	127 50
Total	60.157 45

Dépenses et emploi.

Secours à 5 sociétaires et à 61 veuves ou familles de sociétaires	43.000 »
Secours à 33 personnes étrangères à l'Association	5.025 »
Recouvrement des cotisations	600 »
Frais d'impression	650 75
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	538 75
Subvention à la caisse des pensions viagères	1.812 75
Achat de 240 francs de rente 3 p. 100	8.167 45
Total	59.802 70

Balance.

Recettes	60.157 45
Dépenses	59.802 70
Reste	354 75

CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES.

Fonds de secours.

Recettes.

Intérêt des fonds placés	587 25
Subvention placée par la Caisse générale	1.812 75
Total	2.400 »

Dépenses.

Pensions viagères (4 semestres)	2.400 »

Fonds de réserve.

Recettes.

Reliquat de l'année 1897	76 75
Don de M. Guyon	1.000 »
— de M. Péan	130 »
Total	1.206 75

Emploi.

Achat de 33 francs de rente 3 p. 100	1.123 35

Balance.

Recettes	1.206 75
Emploi	1.123 35
Reste	83 40

Séance de la Société médicale des hôpitaux.

« En été, tout le monde le sait, la musique au Luxembourg fait une concurrence déloyale aux cours de la Faculté de Médecine! Souvent, les professeurs altérés sont contraints de dévoiler les mystères les plus troublants de la pathologie, devant des bancs à peu près vides, et que garnissent seulement, par places, quelques vieux messieurs généralement peu peignés et de profession plutôt indéterminée. Aux approches du printemps les médecins des hôpitaux semblent déserter la Société médicale. Quelques fidèles, toujours les mêmes, viennent vers cinq heures, mélancoliquement, et, peu de temps après, s'en vont, tristement, comme ils étaient venus. (Il faut ajouter, pour être tout à fait exact, que dans les plus rudes journées de l'hiver, c'est presque exactement la même chose.) On pense aux moyens de remédier à cet état de choses, assez triste, et l'on a grandement raison! » (*Gazette des Hôpitaux* du 2 mai 1899.)

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etats nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois de mars et avril 1899. (*Année scolaire* 1898-99.)

MM. Degos. Contribution à l'étude de la dystocie par la rétraction de l'anneau de Bandl. — Kounieff. Contribution à l'étude de l'alcoolisme et son influence néfaste sur la descendance. — Meyssan. Les psychoses traumatiques. — Labrit. Du doigt hippocratique dans les affections cardiaques et pleuro-pulmonaires non tuberculeuses de l'enfance. — Chapeyron. De l'hystérectomie abdominale totale comme premier temps de l'extirpation des salpingites purulentes. — Boisseau. Contribution à l'etude de l'orthoforme et de la nirvanine. — Zalidès. Contribution à l'étude de la coexistence des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire. — Monteilh. L'équitation, ses effets physiologiques, psychiques et pédagogiques.

Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Dans sa séance du 13 avril 1899, la Société obstetricale spécialement réunie, après les résolutions suivantes : 1° la Société obstétricale et gynécologique de Paris est dissoute; 2° le trésorier a pleins pouvoirs pour liquider la situation financière; 3° les membres présents expriment le vœu qu'une commission soit nommée à l'effet de rechercher les moyens de constituer une société de gynécologie ouverte à laquelle ils abandonnent les archives et collections de la Société obstétricale.

Ils nomment membre de cette commission : MM. Reynier, Doléris, Olivier et Caubet. Dans le cas où cette Société ne serait pas constituée le 1er juillet prochain, les archives seraient remises à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris.

Hygiène militaire.

Nous avons eu l'occasion, il y a quelque temps, de signaler les plaintes des hommes de l'armée territoriale, au sujet des vêtements usés et mal nettoyés, qu'on leur donnait, et qui étaient souvent la cause de maladies contagieuses, en particulier de la pelade. Plus récemment nous avons parlé des mauvaises conditions d'une des casernes d'Evreux. Aujourd'hui il s'agit de la façon dont on procède quelquefois pour effectuer le transport des soldats. Le 13 février dernier partaient de Laval, à destination de l'Algérie, un groupe de volontaires allant compléter le 4e bataillon du 12e régiment. Les soldats ont été mis dans le train où ils sont restés deux nuits et un jour. Arrivés à Alger, ils ont été expediés à Bel-Abbès dans des wagons à bestiaux. En attendant leur installation dans leur nouveau domicile, on les a laissés deux heures durant sous une pluie battante. Il est vrai que, comme compensation, la musique du 2e zouaves et celle du 1er étranger se faisaient entendre à leur arrivée! Il nous parait un peu inhumain, en temps de paix, de transporter dans des wagons à bestiaux des jeunes gens après un long voyage en chemin de fer, et une traversée mouvementée au moins pour la plupart. Dr F.

Pourquoi les nègres sont-ils noirs?

Au premier abord, la couleur des nègres parait un paradoxe; il semble que le derme serait mieux protégé par un pigment blanc qui réfléchit la chaleur que par un noir qui l'absorbe. Et cependant l'expérience prouve le contraire. le professeur Mosso a constaté que, pour bien supporter la radiation solaire sur les hautes montagnes, il faut se barbouiller la figure et les mains avec du noir de fumée (*Revue générale des Sciences*, 1899, p. 185). — L'explication serait la suivante, d'après

M. Ch.-Ed. Guillaume. Le pigment de la peau du nègre absorbe la chaleur, mais celle-ci rayonne au dehors sur la peau graisseuse des nègres. M. d'Arsonval a montré, par ses expériences calorimétriques, que les graisses ont un pouvoir émissif considérable dans l'infra-rouge: chez le nègre, toutes les radiations émises par le derme sont situées assez loin dans l'infra-rouge (pigment noir et sang rouge), où les graisses rayonnent fortement et se refroidissent de même. Le pigment noir protège son derme des atteintes du soleil, et se refroidit en même temps par le rayonnement de la couche huileuse qui le recouvre. En fait, le contact de la peau d'un nègre laisse toujours une sensation de fraîcheur. Comme le dit spirituellement M. Guillaume, le nègre vit à l'ombre de sa peau. (*Revue d'hygiène*, au 20 avril 1899.)

Sainte réclame.

Nous reproduisons le fac-simile d'un prospectus médico-religieux dont le moindre commentaire affaiblirait, à notre avis, la saveur :

DOUBLE-PLASTRON HYGIÉNIQUE
DE LOURDES

Créé par M. Emile Lacambra, *Maître de Chapelle du Cercle catholique de Pau.*

MARQUE DÉPOSÉE.

—

Le *Double-Plastron Hygiénique de Lourdes* se recommande tout particulièrement par son côté religieux et par ses qualités hygiéniques.

Très heureusement inspiré, son fondateur l'a orné d'un écusson en soie blanche, sur lequel se détache une belle gravure représentant la vue de la basilique de Lourdes et la scène de l'Apparition de la Vierge.

Cet écusson porte en exergue l'invocation suivante :

Notre-Dame-de-Lourdes, Vierge miraculeuse,
Protégez-nous!
Santé des Malades, Guérissez-nous!

Cette invocation, adressée chaque jour à la Reine des Cieux, ne peut que disposer son cœur maternel en faveur des fidèles qui seront ainsi placés sous sa sainte protection. C'est la prière qui résume les vœux ardents des innombrables Pèlerins qui viennent chaque année, honorer dans son sanctuaire de prédilection la Vierge Immaculée, suprême espoir des malades et protectrice puissante de tous ceux qui mettent en Elle leur espérance.

Tous les *Doubles-Plastrons Hygiéniques* sont bénits. Tous sont offerts à la Vierge dans la Grotte sanctifiée. Mais après vente, et sur la demande expresse des clients qui devront les envoyer directement au gérant à Lourdes, avenue de la Grotte, près du Couvent des Clarisses qui est chargé de les faire bénir.

—

D'une forme gracieuse et toute nouvelle, le *Double-Plastron Hygiénique de Lourdes* est composé d'un tissu spécial dénommé Peau-d'Agneau des Pyrénées.

Ce tissu porte sur les deux faces un duvet très doux et très moelleux, dont l'action sur le corps est des plus bienfaisantes.

Sans nuire en rien à la respiration cutanée, le *Double-Plastron* entretient une douce chaleur. Il met aussi la poitrine les épaules et le dos à l'abri des refroidissements causés par l'humidité, et surtout par les changements brusques de température.

Les médecins qui ont observé les remarquables qualités préventives et curatives du *Double-Plastron* en recommandant l'usage constant aux personnes bien portantes, et tout particulièrement à celles de santé délicate.

Que de malades atteints de graves pleurésie, rhume, bronchite, pneumonie, rhumatismes intercostaux, fluxion de poitrine, etc. etc., ont trouvé dans l'emploi du *Double-Plastron* un moyen très efficace de soulagement et de guérison!

Le *Double-Plastron Hygiénique de Lourdes* est indispensable aux personnes de tout âge.

Nous ne saurions trop engager le public à se méfier des contrefaçons du *Double-Plastron Hygiénique de Lourdes* qui n'est mis en vente qu'aux adresses portées sur chaque Notice.

Nombreuses attestations
de
MM. les Membres du haut Clergé

—

2 décembre 1897.

Je serai reconnaissant du plastron que l'on voudra bien bénir et indulgencier à Lourdes pour moi. L'Evêque de Bayonne.

Je serai heureux de porter un plastron bénit de Notre-Dame de Lourdes. L'Abbé Casseignau,
Vicaire général, Bayonne.

Je demande un plastron bénit par Notre-Dame de Lourdes.
L'Abbé Cazalé,
Curé de Saint-Martin de Pau.

Je demande un plastron bénit et une médaille indulgenciée.
La Supérieure de l'Orphelinat de Marie Immaculée,
Lourdes.

Je demande un plastron bénit à mon intention.
P. Poubielle,
Curé de Saint-Jacques, Pau.

7 décembre 1897.

Je suis très reconnaissant à M. Lacambra du plastron bénit orné de l'image et sanctifié par la médaille de Notre-Dame de Lourdes, je le remercie bien sincèrement, et je le recommande à tous les frileux de tous les pays du monde. La peau d'Agneau des Pyrénées les garantira des rigueurs de la saison, et la bénédiction de Notre-Dame de Lourdes leur portera bonheur.
L'Abbé Patrick O'Quin,
8, rue Saint-Jacques, Pau.

30 novembre 1897.

Je serai heureux de porter un plastron bénit de Notre-Dame de Lourdes. L'Abbé V. Dubarat,
Aumônier du lycée, Pau.

Je désire un plastron bénit de Notre-Dame de Lourdes.
Le Dr A. Cuq, médecin de la prison,
2, rue Mourot, Pau.

Je demande un plastron bénit pour une malade.
La Supérieure du Sacré-Cœur.

Que dire après cela des « grigri » des sauvages?

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Cours d'histologie. – M. le Dr J. Jolly commencera le 25 mai, au laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois. On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr F. Terrien, chef de clinique, recommencera le mardi 9 mai, à 5 heures, à l'Hotel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades, rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). — M. Druault, chef du Laboratoire, recommencera le lundi 1er mai, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° *Anatomie* normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques); 2° *Bactériologie* clinique de l'œil. — Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 5 heures; le second, les lundi, mercredi et vendredi à la même heure. — S'inscrire d'avance tous les matins à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Cours de technique micrographique. — M. le Dr Latteux, chef du Laboratoire de l'hopital Broca, recommencera son cours de technique microscopique pratique et de diagnostic d'histologie pathologique, le 22 mai, à 4 heures, dans son Laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit au Laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 3 heures à 5 heures, excepte le samedi.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Un jugement scandaleux.

Parmi les nombreuses affaires qui sont soumises à notre examen et à celui de nos conseils judiciaires, je crois devoir en signaler une qui prouve, tout au moins, de quelle singulière façon certains magistrats apprécient les mœurs et l'honnêteté du corps médical. Il s'agit, en l'espèce, d'une simple revendication d'honoraires. Un individu atteint de cataracte profite de la présence à Joigny d'un oculiste venu de Paris pour se faire opérer par celui-ci. Il charge son médecin ordinaire de négocier avec l'oculiste parisien les conditions les plus favorables. Le prix de l'opération est arrêté à 300 francs. Mais le médecin ordinaire est chargé des soins consécutifs et des pansements. Il réclame les honoraires qui lui sont dus pour ces soins et pour d'autres visites et fixe le total de ces honoraires à 96 francs. Cette somme lui est refusée, le client affirmant que le chiffre de 300 francs fixé au préalable comprenait tout : visites et conseils avant l'opération, assistance à l'opération, soins consécutifs — et rémunération du chirurgien oculiste. On va en justice de paix et dans un jugement qui, nous l'espérons bien, sera apprécié comme il le mérite, le juge de paix de Joigny fixe à 14 fr. 80 les honoraires du médecin traitant : Attendu, est-il dit par ce magistrat, « qu'en effet le prix des opérations se règle généralement sur la fortune des malades et *d'après leur position sociale* (*sic*); que le prix d'une cataracte dans son ensemble varie de 200 fr. à 300 fr. et *que ce prix est toujours partagé* et le médecin ordinaire chargé des pansements et soins consécutifs, et ce dans la proportion de deux tiers pour l'un et de un tiers pour l'autre. *Que tel est l'usage.* Attendu que le Dr L... a donc dû toucher sa part dans la somme de 300 francs versée par C... »

Ainsi donc voici un magistrat qui ose prétendre que la *dichotomie* est une pratique habituelle, reconnue, qui en fixe le taux, qui prétend fixer aussi — et à quels chiffres ! — le taux d'une opération de cataracte. Nous voulons croire que ce jugement sera flétri comme il mérite de l'être par les magistrats du tribunal devant lequel reviendra cette affaire. (*Gaz. hebd.* 30 avril.)

Nous nous associons complètement aux réflexions que fait la *Gazette*, sous la signature de M. le Dr Lereboullet, sur ce « jugement scandaleux » et sur la pratique non moins scandaleuse de la *dichotomie*.

Médecins de l'Assistance publique et médecins-inspecteurs des enfants du premier âge.

Un arrêt récent de la Cour d'appel de Bourges, confirmant un jugement du tribunal de Clamecy, a décidé, conformément à la jurisprudence établie, qu'un médecin du service des enfants assistés du département de la Seine, dans un département, n'est pas, au point de vue de la diffamation, un agent de l'autorité publique ou un citoyen chargé d'un service public.

Au contraire, un médecin-inspecteur des enfants du premier âge, nommé par le préfet, en exécution de l'article 5 de la loi du 23 décembre 1874, est fonctionnaire public, et par suite les diffamations et injures publiques dont il est l'objet sont exclusivement de la compétence de la Cour d'assises; mais encore faut-il que les propos ou écrits, dont se plaint ce médecin, aient été proférés en public à son égard en sa dite qualité de médecin-inspecteur du premier âge. (*Sem. méd.*)

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès de Boulogne-sur-Mer.* — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Boulogne-sur-Mer, le 14 septembre 1899. A la même époque l'Association britannique tiendra sa session à Douvres. Il a été décidé que les deux sociétés se recevraient mutuellement et qu'il y aurait des séances communes des deux cotés du détroit. L'Association française attacherait le plus grand prix à la présence et à la participation active du plus grand nombre possible de congressistes.

Prière d'adresser au secrétariat du Conseil, 28, rue Serpente, à Paris, le titre des communications.

FORMULES

XLVIII. — Onguent de caséine pour applications en dermatologie.

Caséine	15 grammes.
Potassse	0 gr. 35 centigr.
Soude	0 gr. 15 —
Glycérine	7 grammes.
Vaseline	21 —
Oxyde de zinc	0 gr. 50 centigr.
Acide phénique	0 gr. 50 —

Eau distillée Q. S. pour 100 grammes. (Unna.)

XLIX. — Solutions pour l'anesthésie locale.

Solution n° 1.

Chlorhydrate de cocaine	0 gr. 20 centigr.
— de morphine	0 gr. 025 milligr.
Chlorure de sodium	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée	Q. S. pour faire 100 cc.
Eau phéniquée à 5 0/0	II gouttes.

Pour les tissus très enflammés et très hypéresthésiés. — Dose maxima : 25 cc.

Solution n° 2.

Chlorhydrate de cocaine	0 gr. 10 centigr.
— de morphine	0 gr. 025 milligr.
Chlorure de sodium	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée	Q. S. pour 100 cc.
Eau phéniquée	II gouttes.

La plus employée. — Dose maxima : 50 cc.

Solution n° 3.

Chlorhydrate de cocaine	0 gr. 01 centigr.
— de morphine	0 gr. 025 milligr.
Chlorure de sodium	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée	Q. S. pour 100 cc.
Eau phéniquée	II gouttes.

Pour injecter profondément dans les tissus ou remplacer, au cours d'une opération, les solutions 1 et 2. Dose maxima : 500 cc. (Scheich.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 23 avril au samedi 29 avril 1899, les naissances ont été au nombre de 1.104, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 429, illégitimes, 162. Total, 591. — *Sexe féminin* : légitimes, 356, illégitimes, 157. Total, 513.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 23 avril au samedi 29 avril 1899, les décès ont été au nombre de 981, savoir : 509 hommes et 472 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 7. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 18, F. 23. T. 31. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 7, T. 12. — Diphtérie. Croup : M. 5. F. 3, T. 8. — Grippe : M. 15, F. 16, T. 31. — Phtisie pulmonaire : M. 132, F. 72, T. 204. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 7, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 15, T. 35. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 29, F. 35, T. 64. — Méningite simple : M. 12, F. 22, T. 34. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 19, F. 26, T. 45. — Paralysie, M. 6, F. 7, T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 6, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 37, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 6, T. 19. — Bronchite chronique : M. 13, F. 18, T. 31. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 22, T. 43. — Pneumonie : M. 22, F. 25, T. 47. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 22, F. 27, T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 6, T. 21. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 17, F. 13, T. 30. — Sénilité : M. 10, F. 32, T. 42. — Suicides : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres morts violentes : M. 9, F. 2, T. 11. — Autres causes de mort : M. 88, F. 71, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 12, F. 5, T. 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 7. Total : 33. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 15. Total : 36.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — *Concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pour entrer en fonctions : l'un le 1er novembre 1899, et l'autre le 1er novembre 1900.* — Ce concours sera ouvert le vendredi 28 juillet 1899, à 4 heures, à l'Amphithéâtre d'Anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 26 juin jusqu'au samedi 8 juillet inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

LA VILLE ET L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Il est créé par décret une Commission mixte chargée de s'occuper de toutes les relations entre la Ville et l'Université de Paris, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur. Cette Commission est composée : 1° des neuf membres de la Commission du Conseil municipal ; 2° des quatre doyens des Facultés et du directeur de l'Ecole de Pharmacie ; 3° des quatre assesseurs des doyens ; 4° quand il s'agira d'une Faculté spéciale, le deuxième assesseur fera partie de cette Commission. Cette Commission fera des propositions chaque fois que le Conseil municipal créera une nouvelle chaire à l'Université.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Duville, médecin de 1re classe du cadre de Toulon, et M. Michel, médecin de 1re classe du cadre de Rochefort, sont autorisés à permuter. — M. Martin, médecin de 2e classe du port de Brest, est désigné au deuxième tour pour embarquer sur le *Lion* (division de l'Extrême-Orient), en remplacement de M. Chapuis, qui terminera le 22 juin prochain sa période réglementaire d'embarquement.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Ont été promus au grade de médecin de 1re classe : MM. Audibert, Mainguy et Le Quinquis.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 28 juillet 1899. Se faire inscrire du 26 juin au 8 juillet 1899. — M. le Dr Bégouin a été nommé, après concours, chirurgien adjoint.

HÔTEL-DIEU DE REIMS. — *Concours.* — Nous rappelons que c'est le 24 mai qu aura lieu le concours pour une place de chirurgien suppléant. Les concurrents doivent s'inscrire avant le 10 mai.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de géologie.* — M. Stanislas MEUNIER, professeur, fera une excursion géologique publique le dimanche 7 mai à Arcueil, Villejuif et Gentilly. — Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : gare du Luxembourg, ligne de Sceaux, où l'on prendra, à 11 h. 20 le train pour Laplace. On sera rentré à Paris vers 5 heures.

CONGRÈS D'ASSISTANCE DE 1900. — Dans sa séance du 19 avril courant la commission d'organisation du Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée a élu pour président M. Casimir-Périer, ancien président de la République française, et pour président d'honneur M. Théophile Roussel, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Sont en outre membres de son bureau : MM. Thulié, secrétaire général, Brueyre, Rondel et Boulonnié, secrétaires généraux-adjoints ; Gaufret, trésorier, et Joly, trésorier-adjoint. — *Texte définitif des questions du Congrès* : 1re question : « Du fonctionnement et de l'efficacité des secours à domicile ; entente établie ou à établir à cet égard entre l'assistance publique et la bienfaisance privée. » 2e question : « Du traitement et de l'éducation des enfants recueillis par l'assistance publique ou par la bienfaisance privée et auxquels ne convient pas, pour une cause morale, le placement familial (écoles de réforme, de préservation, de redressement, etc.). » 3e question : « Du caractère des œuvres d'assistance par le travail ; ne sont-elles pas par essence des œuvres de bienfaisance privée ? » 4e question : « De l'assistance aux tuberculeux privés de ressources (mesures d'assistance à appliquer, quel que soit d'ailleurs le traitement médical). »

CENTENAIRE. — On nous écrit d'Amiens que la centenaire de Camon, Mme veuve Brigitte Lefebvre, qui avait atteint sa 104e année le 4 avril dernier, est morte hier après-midi. Elle était née à Camon le 14 germinal an III. Cette vénérable femme a conservé jusqu'à ses derniers moments toute sa lucidité d'esprit.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Ernest-Paul LE SOURD, directeur de la *Gazette des Hôpitaux*, décédé le 1er mai dans sa 65e année, après une courte maladie. Avant de prendre la direction de la vieille *Gazette des Hôpitaux*, un des plus anciens journaux de médecine français, M. le Dr Le Sourd avait été chirurgien de la marine, à ce titre il prit part aux campagnes de Crimée et d'Italie. Officier de l'Instruction publique, chevalier de la Légion d'honneur, chevalier de Saint-Grégoire le Grand, etc. M. Le Sourd jouissait d'une grande considération dans le corps médical parisien. Deux de ses fils, MM. François et Louis Le Sourd, auxquels le *Progrès médical* adresse ses sincères compliments de condoléances, sont internes en médecine des hôpitaux. — On annonce la mort du Dr LONGY, maire d'Eygurande, qui représentait depuis trente-deux ans ce canton au conseil général de la Corrèze, dont il était le doyen. Rallié franchement à la République depuis une vingtaine d'années, M. Longy était président de la commission départementale, officier de la Légion d'honneur, de l'Instruction publique et du Mérite agricole, vice-président de la Société des lettres, sciences et arts de la Corrèze, M. Longy avait publié divers travaux, notamment une très complète et intéressante étude sur le canton d'Eygurande, qui peut servir de modèle pour les publications de ce genre, trop rares. Il a été longtemps médecin de l'asile privé de La Cellette, à l'organisation duquel il a pris une grande part et sur lequel il a publié un travail intitulé : *Notice sur l'asile de La Cellette.* — M. le Dr THOMAS, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Tours, médecin en chef de l'hôpital, président du syndicat médical d'Indre-et-Loire, décédé à l'âge de 62 ans. — M. le Dr BERTRAND, de La Bourboule-les-Bains.

Chronique des Hôpitaux.

CLINIQUE TARNIER, 89, rue d'Assas. — M. le Pr P. BUDIN a repris ses leçons de clinique obstétricale le samedi 8 avril, à 9 heures du matin, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Visite des malades tous les jours à 9 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'appareil digestif* : MM. Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux et Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux : samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN : maladies mentales et nerveuses, jeudi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. DÉJERINE a commencé ses leçons cliniques sur les maladies du système nerveux le jeudi 4 mai 1899, à 5 heures (salle de la consultation externe) et le continuera tous les jeudis. Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le dimanche à 10 heures du matin : conférence de radiologie (les rayons de Rœntgen, moyens de production, modes d'emploi, applications du diagnostic médical) ; à 10 h. 1/2 : présentation et examen radioscopique des malades.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Leçons sur la diphtérie.* — M. le Dr RICHARDIÈRE, mercredi à 4 heures.

Le Rédacteur Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, Succr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 19. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 MAI 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La fièvre typhoïde à Cherbourg (*suite et fin*), par Vaillard. — BULLETIN : Les conférences cliniques de la Salpêtrière de M. le Dr Déjerine, par J. Noir; — L'assainissement des villes, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir; — *Société de Chirurgie*, par Rellay; — *Congrès d'ophtalmologie* : Sur la suppression du cristallin transparent, par Pflueger (compte rendu de Kœnig). — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE : Traitement des ulcérations catarrhales de l'intestin, par Richter; — Des douleurs gastriques dans la phtisie, par Crouer; — Sur les fermentations intestinales, par Smidt (an. par P. Cornet). — REVUE DE CHIRURGIE : Le traitement des angiomes par l'électrolyse, par Guilbard; — Traitement des éventrations sus-ombilicales, par Walther; — Cathétérisme cystoscopique des uretères, par Reynès; — Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la méthode de Bottini, par Matz et Mariachess; — Rupture de l'uretère par contusion de la région rénale, par Nicolich. — VARIA : Société pour la propagation de l'incinération, par A. Rousselet; — Exercice illégal de la médecine par un magnétiseur; — Le scandale de Choisy; — Un cas d'exercice illégal dans un hôpital; — Association de la presse médicale française. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Fièvre typhoïde à Cherbourg (*suite et fin*) (1);

Par M. VAILLARD, médecin principal de 1re classe, Professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Epidémie de 1898-99.

« Les six premiers mois de l'année 1898, dit M. Collignon, avaient été remarquablement bons; on ne comptait que 9 décès typhoïdes pour Cherbourg, ville et garnison. Tous étaient isolés et les salles de typhiques à l'hôpital maritime restaient pour ainsi dire vides, chose rare.

« Au mois de juin, à la suite de trois orages avec pluie abondante survenus les 8, 9 et 25 mai, un petit foyer éclate à Tourlaville (2) (faubourg contigu à la ville), dans un quartier habité par une population misérable et en plein champ d'épandage. Il y eut une trentaine de cas et 2 décès. De là l'épidémie gagna peu à peu tout le quartier du Val-de-Saire ; elle frappa les troupes du 5e régiment de marine caserné au Val-de-Saire. Cette caserne, d'ailleurs vieille, malsaine, alimentée en eau de la Divette, fut évacuée vers le milieu de juillet et l'on fit camper les hommes sur le polygone de Querqueville. En juillet on observa des cas plus ou moins bénins dans toute la ville. Le village d'Equeurdreville, attenant à Cherbourg et à l'arsenal, est atteint en même temps. C'est encore une région à épandage (3). L'épidémie se localisait particulièrement aux environs de l'église où, dans un groupe de quelques maisons, on comptait une quarantaine de cas avec 5 décès (probablement épidémie locale due à un puits), mais il y avait aussi des cas disséminés dans toute la localité. » (Dr Collignon. Renseignements manuscrits.)

Ainsi en juin, juillet et août la fièvre typhoïde est partout : à Cherbourg ville, dans les faubourgs, dans les communes limitrophes. L'automne approche, c'est la saison la plus favorable à l'épandage et on sait que dans toute la région il est largement pratiqué.

A ce moment survient la tension politique qui menaçait d'aboutir à un conflit avec l'Angleterre. Des mesures sont prises pour mettre notre littoral à l'abri des insultes. Cherbourg était sous le coup d'une attaque brusquée; les préparatifs de défense y sont très activement conduits (ce qui n'allait pas sans fatigues pour les troupes) et vers la fin d'octobre l'effectif militaire de ce grand port fut renforcé, au degré qu'exigeait la situation, par de nombreux contingents empruntés à diverses garnisons de la guerre.

Les pluies d'automne commencent et aussitôt la fièvre typhoïde dont les manifestations n'avaient jamais cessé inaugure ce mouvement d'expansion qui devait aboutir à l'une des plus graves épidémies subies par notre pays, intéressant à la fois la population militaire et la population civile.

Dès les premiers jours de novembre, les atteintes se multiplient parmi les troupes de la marine; en deux semaines plus de 100 malades sont hospitalisés. Une accalmie se produit vers la fin novembre. A ce moment les renforts d'infanterie reçus en octobre quittent Cherbourg pour rejoindre leurs garnisons respectives; mais ils sont aussitôt remplacés par un nombreux contingent de volontaires que la marine emprunte aux régiments de la guerre. Des pluies diluviennes s'abattent sur la région, et aussitôt survient cette seconde poussée épidémique toujours limitée aux corps de la marine, qui, du 12 décembre au commencement de janvier, en moins d'un mois, frappe plus de 400 hommes. Le 1er régiment d'infanterie de marine fournissait à lui seul, à la date du 27 décembre, 239 malades sur un total de 1.089 présents, c'est-à-dire le quart de son effectif. En janvier les cas s'espacent de plus en plus et avant la fin de ce mois l'épidémie put être considérée comme terminée : elle avait déterminé dans les troupes de la marine 588 atteintes et 55 décès (chiffres officiels à la date du 7 février. Toutes ces atteintes, ainsi qu'il importera de l'établir ci-dessous, provenaient exclusivement des casernes alimentées en eau de la Divette.

Pendant que l'épidémie frappait avec cette intensité les effectifs de la marine, les troupes de la guerre dont les casernes sont desservies en presque totalité par la fontaine Rose restaient à peu près indemnes. A l'heure où la marine comptait déjà plus de 450 cas, 12 atteintes étaient, il est vrai, observées. Mais 5 d'entre elles intéressaient une caserne alimentée par la Divette (Val-de-Saire); des 7 autres, 5 concernaient des sujets vivant dans le milieu urbain (1 officier, 4 ordonnances logés en ville) et se rattachaient donc directement à l'épidémie urbaine. Au début de janvier la situation change. A la suite d'orages et de pluies torrentielles, qui quinze ou vingt jours auparavant avaient inondé le pays, des cas multiples de fièvre typhoïde se manifestent simultanément dans les trois casernes Proteau, fort du Homet (25e de ligne), Le Marois (artillerie de forteresse), recevant l'eau de la fontaine Rose.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 18.

(2) La population de Tourlaville s'abreuve soit à des puits, soit au Trottebec, au moins aussi souillé que la Divette (Collignon).

(3) Equeurdreville a des puits et des sources non canalisées qui malheureusement ont toutes un lavoir à la tête de source (Collignon).

De ces trois casernes, la plus frappée par rapport à l'effectif a été le fort du Homet, la seule où l'eau de la fontaine Rose ne fût pas filtrée. L'atteinte des troupes de la guerre a été minime eu égard à celle des troupes de la marine : le total des cas, sans distinction de provenance, s'élève à 73 avec 17 décès.

Pour en terminer avec la population militaire, ajoutons à titre de renseignement important, que les troupes réparties dans les forts situés en mer ou sur terre, à des distances variables de l'enceinte, ont conservé un état sanitaire excellent pendant tout le cours de l'épidémie actuelle. M. le Dr Collignon a pu nous fournir des documents très-précis sur cinq de ces forts dont la garnison se totalise en un effectif de 1.020 hommes. *Pas un seul cas de fièvre typhoïde n'y a été observé.* Dans ces forts il est pourvu à l'alimentation de la troupe par de vastes citernes emmagasinant un cube énorme d'eaux pluviales qui suffit pendant longtemps à tous les besoins; si parfois on a recours à l'eau de la Divette, celle-ci est toujours bouillie avant l'usage.

La préservation si remarquable de ces troupes devient un fait hautement significatif.

Au moment où l'épidémie se déroulait ainsi en terrain militaire, la population civile de Cherbourg était également frappée à un degré qu'il est impossible de préciser. Les chiffres afférents à ce groupe ne sont et ne peuvent être exacts, mais de nombreuses indiscrétions obligent à penser que la proportion des atteintes a dû s'élever à plusieurs centaines. D'après un document officiel établi par le Dr Lesdos, médecin des épidémies, on aurait enregistré du 1er octobre au 10 janvier, 25 décès typhoïdes, dont 12 à l'hôpital civil te 13 en ville, ce qui pour une mortalité moyenne de 12 0/0 fournit déjà un ensemble de 200 atteintes au moins. Mais il est de notoriété certaine qu'à Cherbourg la plupart des médecins refusent de se conformer à la loi du 30 septembre 1892 sur la déclaration obligatoire des maladies épidémiques et qu'ils omettent de mentionner la cause véridique des décès sur les bulletins de l'état civil. Un confrère bien informé a vérifié le fait au sujet de personnes qu'il savait pertinemment être mortes de fièvre typhoïde. « Au cours de l'épidémie actuelle, écrit M. Cunéo dans son rapport au Ministre, j'ai vu quelques médecins civils qui m'ont dit avoir soigné un *grand nombre* de malades atteints de fièvre typhoïde, ajoutant que, pour faire plaisir aux familles, ils ne déclaraient exactement ni la maladie, ni la cause du décès. » Le chiffre vrai des décès typhoïdes à Cherbourg dépasse donc d'une quantité indéterminée le chiffre officiel. Tout au moins doit-on affirmer qu'il y a eu réellement épidémie typhoïde dans la population civile et que cette épidémie a évolué parallèlement à celle de la garnison, affectant dans les deux milieux des oscillations semblables, débutant et prenant fin aux mêmes époques. Faut-il rappeler que la population civile est alimentée en eau de la Divette épurée par les filtres Maignen?

En résumé, de juin 1898 à fin janvier 1899, il y a eu tant à Cherbourg que dans les faubourgs, un chiffre minimum de 1.000 cas de fièvre typhoïde, dont près de 700 à l'actif des troupes et plus de 120 décès, dont 81 militaires.

Causes de l'épidémie. — Quelle a pu être la cause d'un pareil désastre, dont on n'avait pas vu l'analogue en France depuis la campagne de Tunisie (1881) et l'épidémie du camp du Pas-des-Lanciers en 1885? Pour se faire une idée sur le sujet, il suffira de considérer la statistique suivante, empruntée aux détails de l'épidémie militaire.

Les casernes, établissements militaires ou forts de Cherbourg peuvent se diviser en 4 groupes suivant la nature de l'eau qui les alimente : Divette, source de la fontaine Rose, source des Fourches, citernes.

Quelle a été, par rapport à l'effectif, la morbidité typhoïde de chacun de ces groupes? J'emprunte les éléments de la réponse aux chiffres officiels fournis par M. Cunéo, dans son rapport au Ministre de la Marine visant les faits qu'il avait constatés le 27 décembre 1898; quelques renseignements complémentaires m'ont été fournis par M. Collignon.

1° Casernes alimentées en eau de la Divette. Nombre : 5.

Effectif des troupes.	3.152 hommes.
Cas de fièvre typhoïde. . . .	425 —
Proportion pour 1.000 hommes.	135,1 0/00.

2° Casernes alimentées par la fontaine Rose. Nombre : 3.

Effectif.	1.780 hommes.
Cas de fièvre typhoïde.	65 —
Proportion pour 1.000 hommes. .	36,5 0/00.

Il a été dit que 8 des cas imputés à ce groupe avaient été contractés soit en ville, soit dans la caserne du Val-de-Saire desservie par l'eau de la Divette. En ne tenant pas compte de cette correction, la morbidité serait de 41 0/00.

3° Casernes de la marine alimentées en eau des Fourches. Nombre : 2.

Effectif.	622 hommes.
Cas de fièvre typhoïde.	6 dont 5 très douteux.

Proportion pour 1.000 hommes 9,6 0/00 (en considérant comme légitimes tous les cas annoncés).

4° Forts alimentés en eau de citerne. Nombre : 5.

Effectif.	1.020 hommes.
Cas de fièvre typhoïde. . . .	0.

Ainsi :

	Morbidité.
Casernes alimentées par la Divette . . .	135,1 0/0.
— Fontaine Rose.	36,5 —
— Fourches. . .	9,6 —
— Citernes. . .	0 —

Peut-on imaginer document plus démonstratif? Il faudrait renoncer à tout essai d'argumentation s'il n'y avait rien à déduire de faits aussi évidents, où se voit la relation absolue entre l'action d'une cause reconnue nuisible (l'eau de la Divette) et la répartition des atteintes typhoïdes.

La conclusion s'impose: c'est la Divette qui a distribué la fièvre typhoïde dans la ville de Cherbourg, aussi bien parmi les habitants que parmi les troupes de la marine et certaines fractions des troupes de la guerre. Telle est aussi l'opinion que M. Cunéo a formulée sans réserves au Ministre de la Marine qui l'avait délégué sur les lieux; que M. l'inspecteur général Dujardin-Beaumetz a développée dans un rapport sur le même sujet au Ministre de la Guerre; que M. le médecin-major Collignon ne cesse de soutenir avec une ténacité et un luxe de preuves dont on doit le louer.

L'épidémie des troupes de la guerre dont les trois casernes sont alimentées par la fontaine Rose, semble indiquer que la Divette a pu n'être pas seule en cause. Cependant une partie de cet épisode a été rattachée encore à l'intervention de la Divette, et le surplus montrerait, fait prévu depuis longtemps par M. le Dr Collignon, que certaines sources réputées bonnes peuvent accidentellement recevoir les mêmes souillures que la Divette.

Les casernes de Proteau (25e de ligne) et de Le Marois (artillerie de forteresse) sont pourvues d'une double canalisation : l'une apporte l'eau de la Divette pour les usages communs et les lavabos; l'autre distribue l'eau de la fontaine Rose réservée à la boisson après filtration au Chamberland. On conçoit sans peine que des erreurs volontaires ou involontaires aient pu se commettre. C'est précisément à la possibilité de suppléer par l'eau des lavabos (Divette) à l'eau de source filtrée, que M. l'inspecteur-général Dujardin-Beaumetz attribue bien des cas observés à Proteau et à Le Marois dans les bâtiments les plus éloignés des filtres.

Mais au fort du Homet, occupé par une fraction du 25e de ligne, l'eau de la fontaine Rose pénètre seule: il y a eu proportionnellement à l'effectif beaucoup plus d'atteintes que dans le reste du régiment (15 cas pour 2 compagnies, contre 32 pour 22 compagnies) et les atteintes ont été contemporaines de celles qui survenaient

brusquement à la caserne Proteau. Or, l'eau de la fontaine Rose n'ayant été avant ce moment. ni filtrée ni bouillie au fort du Homet, le Dr Collignon a été conduit à se demander si cette apparition de la fièvre typhoïde dans la distribution de la fontaine Rose ne pouvait s'expliquer par une contamination fortuite de cette source, à la suite et par le fait des pluies torrentielles qui avaient précédé de 15 à 20 jours l'explosion soudaine de la maladie. Cette explication est encore fort plausible, car la source est au point déclive des pentes d'Equeurdreville où se pratique l'épandage et son mode de captage n'élimine peut-être pas d'une manière parfaite, d'après M. Collignon, l'apport des eaux superficielles au moment des grandes pluies.

Je ne voudrais pas me complaire à tout expliquer par la souillure des eaux, ne laissant aucune part à d'autres causes qui peuvent intervenir aussi dans la répartition et la propagation de la fièvre typhoïde. Ces causes n'ont pas dû manquer dans un foyer épidémique aussi intense que l'était Cherbourg au moment dont il s'agit, et je sais qu'à vouloir tout enchaîner par le même lien on risque de ne pas éviter l'erreur. Les soldats ne restaient pas consignés en leurs casernes ; ils se répandaient dans le milieu urbain ou suburbain, partageant ainsi les chances d'infection de la population civile, fréquentant des familles où se trouvaient peut-être des malades, rencontrant un peu partout, en ville comme à la caserne, des chances de contagion. Et une fois qu'un foyer est créé dans une chambre de caserne, comment lui refuser le droit d'irradier parmi les occupants?

Un fait mérite d'être signalé ici : c'est l'immunité absolue des troupes détachées dans les cinq forts désignés ci-dessus. D'une part elles y consommaient de l'eau pluviale, quelquefois peut-être de l'eau de la Divette bouillie ; mais d'autre part aussi, en raison de leur éloignement de Cherbourg, elles n'avaient guère facilité de se mêler au milieu urbain et, par suite, de s'y infecter d'une manière ou d'une autre.

Ceux qui liront superficiellement le rapport si instructif de M. Cunéo éprouveront quelque surprise à voir la fièvre typhoïde frapper avec tant de sévérité les casernes de la marine alimentées en eau de la Divette, mais pourvues de filtres Chamberland. Leur opinion sera peut-être ballottée entre le doute sur la nocuité de la Divette et le doute non moins troublant sur l'efficacité des filtres usités. Il devient difficile de partager cette hésitation après lecture attentive du document. Sans doute ces casernes étaient dotées de filtres Chamberland, mais il ne s'ensuit pas nécessairement que l'eau consommée y était réellement épurée. Voici, en effet, ce qu'écrit M. Cunéo. « Nous avons les filtres Pasteur. La guerre s'en loue. La marine *les a abandonnés en principe, sinon au fond.* Les modes d'application sont du reste bien différents. Le système adopté par la guerre rend chaque bougie autonome ; chacune d'elle est disposée au-dessus d'une cruche où s'écoule l'eau filtrée. Il suffit de passer dans les chambres de filtration pour reconnaître qu'une bougie filtre trop vite. On l'examine ; si elle est fêlée, on la retire immédiatement et on la brise ; l'eau déjà recueillie dans la cruche est jetée ; on met en place une bougie neuve et tout est réparé. En outre la stérilisation des bougies ainsi que celle des cruches se fait au moins deux fois par semaine ; un personnel spécial est uniquement employé à ce service. les médecins du corps et les officiers de semaine font de fréquentes visites à la chambre des filtres.

« Dans les casernes de la marine le principe est différent. Les bougies réunies en batteries sont massées dans une caisse métallique boulonnée, qu'il est difficile d'examiner et de surveiller journellement. L'eau filtrée se collecte par un même tuyau de plomb dans une vaste cuve étanche (2 mètres cubes) rarement stérilisée. Les travaux hydrauliques viennent *une fois ou deux par an* traiter les divers récipients par la vapeur d'eau, opération excellente, mais qui aurait dû être renouvelée plus souvent, car il suffit d'une bougie fêlée pour contaminer toute la masse d'eau collectée.

Nous pouvons observer les deux systèmes fonctionnant parallèlement à 100 mètres de distance dans les deux casernes du Val-de-Saire (guerre et marine). La caserne de la guerre est le plus souvent épargnée et n'a guère que des cas sporadiques. Celle de la marine a des épidémies presque constantes. »

Les critiques de M. Cunéo sont trop claires pour nécessiter des développements. Je me bornerai à une simple réflexion. Sous l'influence des pluies, la Divette devient immédiatement trouble, limoneuse ; en cet état, elle doit très rapidement encrasser les bougies, réduire leur débit à quelques centilitres, puis à quelques gouttes. Si donc les filtres ne donnaient plus, les consommateurs en étaient réduits à se pourvoir d'eau ailleurs ; si au contraire les appareils dont le nettoyage s'effectue une fois ou deux par an continuaient néanmoins à débiter, c'est évidemment qu'il n'y avait pas filtration, mais libre passage à travers les bougies cassées ou des joints en caoutchouc déchirés. M. l'inspecteur général Dujardin-Beaumetz nous apprend qu'à la caserne du Val-de-Saire (marine) où avait été installée une batterie d'artillerie de la guerre, le réservoir d'eau filtrée devait être débarrassé tous les cinq jours au moins de la *boue* qui, malgré le filtrage Chamberland, se dépose sur son fond et ses parois en *couche de deux centimètres d'épaisseur.* Pour qui connaît la bougie Chamberland, il est certain qu'une eau déposant de la sorte n'avait point passé à travers les parois de porcelaine ; il n'y avait pas eu filtration. Et c'était de l'eau de la Divette qui s'accumulait dans les réservoirs.

Aussi comprend-on le discrédit dans lequel les filtres étaient tombés. On ne les utilisait même plus depuis 3 ans, et un ordre permanent prescrivait aux troupes de la marine de ne consommer que de l'eau bouillie. Mais entre un ordre de ce genre et sa stricte exécution, il y a bien souvent des difficultés matérielles et autres. « Par moment, écrit M. l'Inspecteur général Dujardin-Beaumetz, l'effectif des troupes de la marine devient si considérable que les moyens artificiels deviennent insuffisants. Les engagés volontaires apportent à leur nouvel état l'esprit d'effervescence qui les y a poussés ;... les anciens soldats aident plus les jeunes à se moquer de la consigne relative aux eaux de boisson qu'à s'y soumettre, et ils les aident plus à manger leur argent par les procédés les moins hygiéniques possibles qu'à leur inculquer les principes de la sagesse et de la discipline ; les mutations incessantes des officiers rendent illusoire l'action morale des chefs sur les jeunes soldats. Telles sont, selon M. l'amiral de Maigret, les causes prédisposantes spéciales aux troupes d'infanterie de marine ; il reconnaît, en les énumérant, combien elles diffèrent de ce qui se passe dans les troupes de la guerre. »

En pareille occurrence on a bien le droit de dire : si l'eau était bouillie dans les casernes de la marine, elle n'était peut-être pas consommée à l'exclusion de toute autre.

Cette digression n'était pas sans utilité.

Des détails précédents il ressortira pour tout esprit non prévenu que l'intervention d'une cause essentielle, la consommation d'eaux impures, a dominé jusqu'au bout l'histoire étiologique de cette triste épidémie. Sans doute, certaines circonstances de la vie militaire ont dû se faire les complices de la Divette et favoriser chez les individus son action nocive. Les fatigues liées aux préparatifs de défense, les intempéries, le renforcement des effectifs, l'agglomération des troupes dans des locaux souvent fort mal aménagés et très défectueux ont évidemment pu jouer un rôle. Mais il s'agit là de facteurs accessoires, incapables par eux-mêmes de fomenter la fièvre typhoïde. De même encore la contamination des casernes par la multiplicité des malades qui y ont séjourné plus ou moins longtemps avant l'entrée à l'hôpital, a pu n'être pas étrangère à la transmission inter-humaine. Mais là n'a pu être le mobile d'une expansion aussi générale, aussi rapide de la maladie. Par son mode de début, sa généralisation d'emblée à la population civile et militaire, sa limitation initiale aux groupes abreuvés en eau de rivière, la coïncidence de son apparition et de ses oscillations avec certains phé-

nomènes météoriques, enfin par la rapidité de son évolution, cette manifestation me semble être un type des épidémies d'origine hydrique. La Divette a été le convoyeur de la fièvre typhoïde, illustrant une fois de plus, mais avec un éclat inaccoutumé, la série longue de ses méfaits.

Cependant, puisqu'il faut tout dire, telle n'est pas l'opinion exprimée par M. le Maire de Cherbourg dans une lettre au Ministre de la Guerre en date du 10 février 1899, que je vous demande la permission de commenter.

D'après M. le maire de Cherbourg, la population civile a été pour ainsi dire épargnée par la fièvre typhoïde; on n'y aurait compté que des cas très rares. Après avoir répondu par avance à pareille assertion, j'en appelle du maire mal renseigné officiellement (puisque les médecins éludent les prescriptions de la loi de 1892) au maire mieux éclairé par une enquête officieuse ou des indiscrétions qu'il lui serait si facile de provoquer. Les atteintes de la fièvre typhoïde se comptent assurément par centaines dans la population civile et les décès y ont, en toute certitude, dépassé 25.

M. le maire de Cherbourg innocente complètement la Divette distribuée par la canalisation municipale. Cette confiance lui vient de ce que cette eau est filtrée une première fois après la prise et une seconde fois à l'extrémité des conduites, par le système Maignen. « Si ce filtrage, estime-t-il, ne débarrasse pas l'eau de la totalité de ses impuretés, il a du moins l'avantage de n'en laisser parvenir en ville qu'une partie en somme assez minime. » (Rapport de M. Dujardin-Beaumetz.)

Voici une analyse de M. Bordas que je trouve annexée au rapport de M. Cunéo et qui a trait aux eaux de la ville de Cherbourg; elle est datée du 31 décembre 1898.

Eau incolore, inodore; très grande quantité de matières en suspension.

Degré hydrotimétrique.	8°
	En milligrammes par litre.
Extrait à 180°.	155, »
Chlorures en chlorure de sodium. . . .	45,04
Nitrates en nitrate de potassium. . . .	75, »
Nitrites, phosphore, ammoniaque. . . .	0, »
Oxygène consommé en liqueur acide. . .	6,70

Examen bactériologique, 120.000 germes par cc.
Présence d'un coli *très virulent* et de *nombreux proteus*.

Les analyses de M. Besson, faites le 27 janvier au laboratoire militaire de Rennes, dénotent assurément une moindre quantité de germes, mais nous laissent tout aussi convaincus de la médiocre pureté de l'eau de la ville. Je transcris :

Eau de la ville après première filtration, 1.504 germes par cc.
Eau de la ville après deuxième filtration, 1.710 germes et 90 moisissures par cc.

Les bactéries isolées dans l'une et l'autre appartiennent à un grand nombre d'espèces, parmi lesquelles se rencontrent celles qui font la putréfaction (bactérie terne, bactérie fluorescente, liquéfiante, etc.). En vérité, pour de l'eau filtrée, la proportion des germes semblera excessive.

D'autre part, peut-on croire à l'efficacité d'un filtrage qui laisse à l'eau cette proportion de particules boueuses dont l'existence s'accuse en quelques jours dans les réservoirs du Val-de-Saire par un dépôt de plusieurs centimètres d'épaisseur? Là où passent les particules boueuses passent a *fortiori* toutes les bactéries, puisque leurs diamètres sont infiniment plus petits.

Enfin voici un fait brutal qui permettra d'apprécier la salubrité de cette eau municipale; il se présente avec toute la rigueur de ces expériences que l'on pratique *in anima vili*.

La caserne du Val de-Saire (marine) est desservie par la canalisation municipale (Divette filtrée). Elle est occupée par une fraction du 5e régiment d'infanterie de marine comprenant les recrues qui forment la compagnie d'instruction; l'effectif en est de 226 hommes. Ce groupe avait fourni à lui seul, le 27 décembre, 45 cas de fièvre typhoïde, c'est-à-dire 199,1 0/00, le cinquième de son effectif.

L'autre fraction du 5e régiment de marine, à l'effectif de 502 hommes, occupe la caserne O alimentée par la source des Fourches; on y compte 2 cas très douteux (chiffres pris dans le rapport de M. Cunéo).

N'est-ce pas édifiant? Voilà l'expérience faite sur l'homme de la valeur du filtre Maignen.

J'imagine que la Divette filtrée a pu provoquer en ville les mêmes méfaits qu'à la caserne du Val-de-Saire, et si ces méfaits n'ont pas été plus grands encore, c'est parce que, dûment prévenue depuis longtemps, la partie intelligente de la population prenait des précautions spéciales (ébullition, filtration au Chamberland) et aussi parce que ce terrain compte de nombreux immunisés par des atteintes antérieures.

N'est-ce pas le lieu de rappeler que jusqu'à la date du 1er janvier, le 25e de ligne n'avait eu d'autres typhoïdiques que 2 officiers et 5 ordonnances logeant en ville?

M. le maire n'absout pas seulement la Divette filtrée, mais aussi la Divette brute telle que la distribue la marine dans ses casernes. « Quoique cette eau de la marine ne soit pas filtrée, je crois, écrit-il, que ce n'est pas à elle que l'on doit attribuer l'épidémie des troupes de la marine, mais bien à une certaine contamination du sous-sol des casernes, sur lequel ont influé des pluies persistantes et torrentielles qui ont inondé les terrains au point que la nappe d'eau est actuellement à la surface du sol. En effet, à la Digue où est transportée avec des caisses l'eau de la marine brute, l'épidémie ne s'est pas produite. C'est que là ce n'est qu'un sous-sol de pierre. »

Pettenkofer sera sans doute reconnaissant à M. le maire de Cherbourg d'avoir adopté la théorie qui lui est chère sur l'étiologie de la fièvre typhoïde pour la dresser contre l'opinion générale. Mais encore faudrait-il nous dire, au cas où la contamination du sous-sol serait réelle, comment le bacille typhique, qui n'est pas un gaz, a pu, grâce à l'ascension de la nappe souterraine, s'échapper des entrailles du sol et arriver jusqu'aux hommes vivant à la surface. Il y aurait quelque difficulté à cela, puisqu'il n'existe pas de puits utilisés dans les casernes.

Mais le sous-sol est-il contaminable? Je me suis renseigné à ce sujet et voici la réponse que je reçois. « A Cherbourg et sous nos casernes il existe un sous-sol formé de schistes inclinés à 45°; sauf les fissures existant entre les couches, c'est une roche aussi imperméable que l'ardoise, si bien qu'elle sert à couvrir les toitures dans la région. Des latrines fixes, si défectueuses soient-elles, ne pourraient y souiller le terrain en nappe; tout au plus les liquides glissant entre deux failles, pourraient-ils s'infiltrer profondément dans le sol. En outre, et ceci est capital, il n'en existe de semblables qu'à Proteau. Au fort du Homet, les matières fécales tombent directement du producteur à la mer; or le Homet a été notre unité la plus touchée. »

Quant à la marine, elle utilise, je crois, des tinettes mobiles. On conçoit mal dans ces conditions la contamination du sous-sol et l'on n'entrevoit pas les moyens par lesquels cette contamination aurait pu devenir nocive.

Pour étayer sa théorie, M. Liais cite l'immunité des forts de la Digue, bien qu'on y apporte la Divette brute: là, dit-il, le sous-sol est en pierre. L'explication serait tout autre d'après M. Collignon. Les forts de la Digue ont 9 citernes cubant ensemble 1.725 mètres cubes. Or, ils sont occupés par une faible garnison, une batterie d'artillerie de marine, de telle sorte que chaque homme dispose d'un approvisionnement d'eau considérable (4 mètres cubes). Donc, si même les citernes ont été remplies d'eau de la Divette, il n'a pas fallu la renouveler souvent et les apports d'eau ont été rares. M. Collignon estime que dans ce cas, par le repos et avec le temps, l'eau, si elle était malsaine à l'origine, aurait pu se purifier. Le cas des forts de la Digue, en admettant qu'il constitue une réelle excep-

tion, ne saurait infirmer tout l'ensemble de preuves convaincantes qui provient d'ailleurs.

M. Liais ne veut même pas que le soupçon d'avoir contribué à la genèse de l'épidémie vienne effleurer la cité qu'il administre; il accuse le voisin, il accuse aussi les casernes. Parlant des cas de fièvre typhoïde observés dans la population civile, « je les attribue, dit-il, comme M. le Ministre de la Guerre, à ce que les habitants aussi bien que les soldats, fréquentent les communes limitrophes où ils font usage des eaux de puits creusés dans les terrains de ces communes saturés par un épandage considérable. Les légumes cultivés dans ces communes au moyen de l'épandage des vidanges, surtout ceux que l'on mange crus, sont également et selon toute probabilité, une des causes des quelques rares cas de maladie qui se sont produits dans la population civile.

« C'est dans les communes d'Equeurdreville et Tourlaville, devenues petites villes, que l'épidémie a commencé et cette commune est bien plus près des casernes de la guerre que la ville de Cherbourg proprement dite. De plus les consommations y sont moins chères en raison des droits de l'Etat beaucoup plus élevés pour la ville de Cherbourg. Si donc M. le Ministre de la Guerre croit que l'eau bue par les troupes hors les casernes a pu influencer la santé de celles-ci, ce n'est pas la ville de Cherbourg qu'il faut incriminer, mais bien la commune d'Equeurdreville qu'il serait à désirer de voir aussi propre et aussi saine que celle de Cherbourg. La commune de Tourlaville où l'épandage est effréné et où l'épidémie a sévi longtemps avant de pénétrer en ville est dans le même cas qu'Equeurdreville. »

M. Liais porte donc ouvertement la guerre chez le voisin. C'est la banlieue qui a commencé; elle serait la réelle origine de tout le mal dont Cherbourg a pu souffrir, de tout celui que l'armée impute à la cité. La contamination du sous-sol des casernes a fait le reste de l'épidémie. L'eau de la Divette, brute ou filtrée, n'y est pour rien.

Si la tactique est bonne, elle ne vous semblera ni justifiée, ni destinée au succès ; ce n'est pas en s'illusionnant sur la nature de la plaie dont on est affligé que l'on arrivera à découvrir le remède spécifique.

M. le Maire de Cherbourg nous semble bien mieux inspiré lorsqu'il écrit en terminant : « En résumé, il importe d'assurer la santé de la région par la suppression de l'épandage. C'est le seul moyen de sauvegarder les sources, les rivières et même les puits. » N'est-ce pas reconnaître implicitement que la souillure des sources, des rivières, est l'éventualité redoutable, l'intermédiaire obligé entre l'épandage et les épidémies typhoïdes? La Divette n'échappe pas à ces souillures. Pourquoi donc, d'après les vues étiologiques de M. Liais, aurait-elle l'heureux privilège de rester inoffensive malgré toutes les adultérations qu'elle reçoit ? Ce n'est assurement pas le filtrage Maignen qui pourrait éclaircir ce mystère.

En ce qui me concerne, avec toute la force d'une conviction bien assise, je crois devoir affirmer après bien d'autres : la souillure des eaux alimentaires par la pratique de l'épandage, telle est l'unique cause de l'endémicité typhoïde à Cherbourg, des épidémies qui ont frappé tant de fois sa garnison, de celle qui vient de sévir si cruellement sur ce grand port de guerre. Cette cause flagrante d'insalubrite est énoncée, connue depuis plus de dix ans. Qu'a-t-on fait pour la supprimer? Rien, du moins rien d'efficace.

Une pareille situation est désormais intolérable. Elle n'est pas seulement un outrage à l'hygiène sociale, un démenti perpétuel à cette sollicitude que la préservation de la santé publique devrait trouver auprès des pouvoirs; elle constitue un péril de tous les jours pour la population civile, un danger permanent imposé aux troupes de la guerre et de la marine. Cette situation, si elle est tolérée, pourrait se grandir à la hauteur d'un danger national.

Malgré l'optimisme des statistiques municipales, la population civile de Cherbourg est une de celles que la fièvre typhoïde éprouve le plus. Pour la période comprise de 1887 à 1898 elle a compté 234 décès connus, ce qui ne veut point dire qu'il n'y en a pas eu davantage. Les habitants ne peuvent rester continuellement sous le couteau. Ils ont droit à une protection sanitaire plus efficace. Le temps est venu surtout de mettre fin à cette expérience faite sur l'homme qui démontre aux plus obstinés que le filtrage Maignen doit être tenu pour un trompe-l'œil ; le laboratoire l'avait déjà signifié, et à moins de frais.

Le soldat a droit à la salubrité des villes où il tient garnison. En imposant à chaque recrue un sejour déterminé, l'Etat assume des devoirs ; il prend charge d'âmes, et vis-à-vis du pays auquel importent les intérêts de la défense nationale et vis-à-vis des familles qui lui confient leur enfant. L'Etat a donc l'étroite obligation de poursuivre, de prescrire même l'assainissement des villes dont l'hygiène defectueuse se répercute d'une manière désolante sur la morbidité et la mortalité des troupes. Comme on l'a dit avec juste raison, le soldat est un réactif fidèle de l'insalubrité des villes où il séjourne. Son âge est celui de la réceptivité maxima pour la fièvre typhoïde; de par ses origines, sa provenance rurale, il n'a pu acquérir cette immunite ou cette résistance que confèrent à la population autochtone les atteintes antérieures reconnues ou méconnues : il arrive à la caserne avec sa prédisposition entière et constitue un terrain neuf sur lequel germera avec prédilection le levain typhogène inherent au milieu urbain. L'armée partage les chances d'infection de la population civile et si, dans le tribut prélevé par la fièvre typhoïde, son lot est souvent le plus grand, la cause en doit être plutôt cherchée dans les conditions précédentes que dans les vices propres à l'habitation militaire.

La mortalité militaire donnera donc la mesure de la salubrité de Cherbourg. Or la statistique établit que de 1872 à 1898 inclus, la fièvre typhoïde y a tué, au bas mot, 1.146 militaires de la marine et de la guerre ; l'effectif d'un régiment. Et parmi les guéris, combien ont été invalidés ou voués a une mort précoce ! Ce chiffre est poignant ; il l'est plus encore si on songe que la fièvre typhoïde cueille ses victimes à la fleur de l'âge et qu'un cercueil fermé sur un homme de 25 ans emporte toujours beaucoup plus qu'il ne contient.

Les pouvoirs publics peuvent-ils rester indifférents devant un pareil indice de l'insalubrité de Cherbourg; voudront-ils donner une suite à semblable hécatombe? Une voix autorisée a déclaré naguère au Parlement que les effectifs de notre armée atteignaient aujourd'hui l'extrême limite des accroissements. Si on ne peut les augmenter, du moins qu'on les conserve. Un impérieux devoir oblige désormais à l'économie des décès évitables, économie doublement précieuse, puisque chaque vie sauvegardée deviendra la souche de nouveaux soldats.

Mais il y a plus. L'épidémie de 1898-1899 survenant au début de nos préparatifs militaires, excite des inquiétudes qu'il serait puéril de taire ici. A juger par l'intensité et la rapide extension du mal dans ces circonstances, que serait-il advenu si à la période de tension politique avait succédé le conflit déclaré?

Tous les médecins d'armée savent que la guerre appelle la fièvre typhoïde; cette maladie a compté parmi les fléaux des guerres d'autrefois, elle a dominé presque invariablement la pathologie des campagnes modernes, elle sera aussi l'ennemi le plus redoutable de ces armées immenses qui viendront s'entrechoquer dans les temps futurs. La loi est fatale et nous la subirons.

La fièvre typhoïde n'est pas seulement inséparable de toutes les guerres, elle est aussi la maladie qui apparaît et prédomine en premier lieu. A peine si les troupes sont concentrées que déjà son expansion commence et grandit à mesure que se déroulent les operations militaires.

En 1870, au moment de la declaration de guerre, la morbidité typhoïde de l'armée allemande était à peine de 12 pour 10.000 hommes. Les opérations débutent en août et en septembre la morbidite s'exprime par 152 pour 10.000 hommes ; elle atteint 208 en octobre.

Lors de l'expédition de Tunisie en 1881, c'est dès le dé-

but de la concentration à la frontière que la fièvre typhoïde s'insinue parmi les troupes pour se développer ensuite au point de frapper 4.200 hommes sur 20.000, c'est-à-dire le 1/5 du corps expéditionnaire.

En 1885, après l'échec de Lang-Son, 8.500 hommes de renfort, à destination de l'Extrême-Orient, sont réunis au camp du Pas-de-Lanciers, près de Marseille ; la concentration de ces troupes est bientôt suivie d'une épidémie typhoïde qui frappe 1.500 hommes, nécessite la levée du camp et la dislocation immédiate du corps expéditionnaire.

N'est-ce pas encore la fièvre typhoïde qui pendant la guerre hispano-américaine décimait à un épouvantable degré les troupes fédérales réunies dans les camps de la Floride? Le mal était tel que, sans la reddition inespérée de Santiago, il eût pu compromettre le sort de la campagne.

Cette affinité naturelle de la fièvre typhoïde pour les troupes belligérantes deviendra une fatalité inéluctable et désastreuse si, par surcroît, l'action militaire a pour théâtre un foyer permanent de la maladie. Et Cherbourg ne peut-il être un de ces théâtres éventuels?

En 1888, dans leur remarquable travail sur les eaux potables de Cherbourg, MM. Dardignac et Collignon avaient justement prédit les événements médicaux de 1898. « La mobilisation, écrivaient-ils, qui fait de Cherbourg le centre du camp retranché du Cotentin, accumulerait en ville et aux environs une trentaine de mille hommes. Nous ne pouvons douter que les déplorables conditions hygiéniques résultant de ce que nous avons exposé, ne se traduiraient bientôt par l'éclosion d'épidémies d'autant plus redoutables que tout concourrait, en pareil cas, à en accroître le développement. » Ce qui était prévu vient de se réaliser point par point. Aujourd'hui que l'alarme est passée et la guerre évitée, on ne se demandera pas sans une certaine angoisse ce qu'il serait advenu de la puissance de Cherbourg défendue avec des troupes décimées par la fièvre typhoïde.

Le désastre qui vient de finir pourra être le désastre de demain si rien n'est changé à la situation actuelle.

Un souvenir historique se présente à ma pensée; permettez-moi de vous le rappeler. En 1809, les Anglais, oublieux de l'insalubrité de la Hollande, entreprenaient en plein été leur expédition contre Walcheren. Le Ministre de la guerre Clarke demanda des instructions. Napoléon, alors à Schœnbrun, lui répondit : « Abstenez-vous de tout mouvement offensif; la fièvre et les inondations combattront pour nous et dans trois mois il n'y aura plus d'Anglais autour de vous. » Trois mois après l'armée anglaise décimée par la fièvre palustre et la dysenterie était obligée de prendre la mer après avoir perdu 35 0/0 de son effectif.

Ne faut-il craindre qu'une clairvoyance trop facilement inspirée par les évènements d'hier ne dicte quelque jour des instructions analogues à une flotte dirigée contre Cherbourg: « Amiral, abstenez-vous de tout coup de force qui conduirait à un échec. Restez sur la défensive. La Divette et la fièvre typhoïde combattront pour vous ; bientôt les batteries n'auront plus de défenseurs, et la Digue devenue muette, s'ouvrira devant vos navires intacts. »

L'assainissement de Cherbourg importe à la sécurité du pays ; c'est une œuvre d'intérêt national.

On a dit qu'une liberté dont on ne peut mésuser n'existe pas ; le mot ne saurait être indéfiniment applicable à l'hygiène publique. Cherbourg mésuse du droit que la loi lui abandonne de sacrifier inutilement la vie de ses habitants, de nos soldats. Cette situation doit prendre fin. Il faut aboutir.

Le plus vieux du monde — L'homme le plus vieux du monde est, vous n'en doutez pas un seul instant, Américain. Il s'appelle Noah Raby et vit dans un hospice à Stilton (États-Unis) où il a célébré, le 1er avril, le 127e anniversaire de sa naissance. A cet age préhistorique, Noah Raby a conservé — vous n'en doutez pas davantage — toute sa mémoire, toute la lucidité de son esprit et le jeu régulier de tous ses organes. Un érysipèle de ci de là et quelques accès de migraine, c'est tout ce qu'il connait en fait de maladies. L'homme le plus vieux du monde ne prend jamais de spiritueux, mais (tant pis pour la société contre l'abus du tabac !) fume comme un Suisse de vingt ans. (*La Lanterne.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux à la Salpêtrière : M. le Dr Déjerine

Jeudi, 4 mai, à 5 heures, M. le Dr Déjerine a inauguré ses conférences sur les maladies du système nerveux au service des consultations externes. Comme les années précédentes, la salle était trop petite pour les auditeurs qui savent bien tout ce que l'on peut apprendre à une leçon de M. Déjerine. Profitant des richesses cliniques accumulées dans son service, M. Déjerine, au cours de ses leçons, ne se borne pas à l'exposé du diagnostic d'un seul malade, il fait le diagnostic différentiel en l'étayant d'un exemple vivant judicieusement choisi et transforme la conférence clinique en une véritable leçon de choses qui laisse des traces profondes dans le souvenir des élèves.

A sa leçon d'ouverture, M. Déjerine s'est surtout attaché à l'étude séméiologique de deux phénomènes : la disparition du sens stéréognostique et l'hémianesthésie chez les hémiplégiques à lésion cérébrale.

Le *sens stéréognostique* n'est pas à proprement parler un sens, c'est un résultat de l'éducation des sensibilités profondes, de la sensibilité musculaire et articulaire. Ce sens peut s'acquérir et, lorsqu'il manque, c'est que l'éducation de la sensibilité profonde n'a pu être faite comme par exemple chez les malades atteints d'hémiplégie cérébrale infantile ou chez ceux qui offrent des troubles de la sensibilité musculaire ou articulaire. M. Déjerine montre à ce sujet des cas typiques d'hémiplégie cérébrale infantile chez lesquels le sens stéréognostique a complètement disparu, et une ataxique remarquable par l'ensemble des symptômes tabétiques qu'elle présente. Le sens stéréognostique de cette malade a disparu aussi, bien qu'au premier abord sa sensibilité paraisse peu altérée. Un examen minutieux permet de constater chez elle une légère dissociation de la sensibilité; le tact est normal, tandis que la chaleur et la douleur subissent un certain retard dans la perception de la sensation. En outre, les cercles de Weber qui indiquent la distance nécessaire pour percevoir distinctement deux piqûres, sont plus grands et la sensibilité profonde est altérée.

On a objecté que, pour démontrer l'autonomie du sens stéréognostique, il suffisait d'observer ses modifications dans l'hystérie. M. Déjerine proteste contre de pareilles conclusions. Les expériences sur les hystériques sont nulles au point de vue psychologique. L'hystérique est un être éminemment suggestionnable qui fait ce que l'on veut, et M. Déjerine montre un sujet très facilement hypnotisable auquel il a enlevé par la suggestion hypnotique le sens stéréognostique bien que la sensibilité profonde soit restée intacte.

M. Déjerine termine sa leçon par le diagnostic différentiel de l'*hémianesthésie organique* et de l'*hémianesthésie hystérique*. Cette dernière est subconsciente et ne gène en rien la malade. L'hémianesthésie hystérique est toujours sensitivo-sensorielle, ce qui n'arrive jamais dans l'hémianesthésie organique. De plus, dans l'hystérie, la perte de la sensibilité est plus marquée à

la périphérie qu'au centre, et au niveau de la surface de la peau que profondément. Quand sous une influence quelconque la sensibilité reparait, c'est à la périphérie qu'on commence à la constater.

M. Déjerine continuera ses conférences par l'examen des malades de la consultation, le mercredi matin. Il réservera ses prochaines leçons du jeudi à l'exposé des voies sensitives, voulant, avec les connaissances les plus récentes de l'anatomie et de la physiologie nerveuses, donner à ses auditeurs une idée aussi nette que possible de ce que l'on est convenu d'appeler le faisceau sensitif. J. Noir.

L'assainissement des villes : Cherbourg.

« Toutes les questions relatives à l'*assainissement des villes* ont non seulement un intérêt local, mais un intérêt général. Tel est, entre autres, l'approvisionnement de toutes les communes en eau de bonne qualité. En voici la démonstration : chaque année le contingent militaire est réparti dans un grand nombre de villes où, cette condition sanitaire n'étant pas toujours réalisée, il se produit des épidémies graves. Tous les ans, durant les grandes manœuvres, nous voyons également se produire des maladies occasionnées par la mauvaise qualité des eaux. Il s'ensuit que le devoir du Parlement est de voter la *Loi sur la santé publique* pour remédier à ces graves dangers qui intéressent toutes les familles. Les réformes en hygiène publique sont des réformes sociales. »

Voilà ce que nous disions il y a quelques mois dans une circulaire aux délégués sénatoriaux du département de la Seine. Dans un grand nombre de réunions nous avons développé cette thèse et cité des faits à l'appui. Le remarquable rapport de M. le Pr Vaillard sur *La fièvre typhoïde à Cherbourg*, dont nous terminons la publication dans ce numéro, montre d'une façon éclatante combien nous avions raison. Notre opinion, d'ailleurs, est celle de tous les membres du *Comité consultatif d'Hygiène de France* qui, dans sa séance du 8 mai, a donné son approbation complète au rapport de M. Vaillard. Ce rapport est de nature à éclairer ceux qui ne sont pas aveugles, qui n'ont pas sur les yeux une pierre de liais.

En effet, il est démontré aujourd'hui que les villes qui sont alimentées en *eau de sources*, bien protégées à leur origine, n'ont pas de fièvre typhoïde ou n'en ont que des cas très rares et alors de provenance étrangère. C'est donc un devoir pour les municipalités de se procurer, par tous les moyens possibles, des eaux de bonne qualité. Ce devoir est encore plus impérieux pour des villes comme Cherbourg qui ont une garnison importante. M. Vaillard, au début de son travail, a montré en excellents termes les graves dangers d'une situation aussi déplorable au point de vue de la défense nationale.

Malgré les réclamations incessantes de la Guerre et de la Marine, en dépit de nombreux rapports qui ne laissent aucun doute sur l'insalubrité de l'eau de la Divette, la municipalité de Cherbourg, suggestionnée par son maire, M. Liais, persiste à ne pas vouloir prendre les mesures nécessaires pour préserver la santé de la population civile, des marins et des soldats. Au lieu d'étudier les moyens de doter Cherbourg d'eau de source, ce qui se peut, il rejette la responsabilité sur les communes rurales voisines ; incrimine l'épandage des fumiers et des matières de vidanges ; demande la suppression de cette pratique — qu'il sait impossible, les cultivateurs ayant le droit d'employer l'engrais humain — ; réclame la création d'une fabrique de poudrette, invite l'État à intervenir pour en hâter la construction, etc. En un mot, il fait, pour conserver l'insalubrité de Cherbourg, des efforts inouïs et dépassant de beaucoup ceux qu'il faudrait pour arriver à une heureuse solution. Nous ne parlons pas des artifices, des ruses de tout genre pour... entraver les rapports des hygiénistes (1).

Est-il possible d'amener de l'eau de source à Cherbourg, de supprimer la fièvre typhoïde dans cette ville, de conserver de nombreuses vies humaines ? Les enquêtes ne laissent aucun doute à cet égard.

Il existe aux environs de la ville des sources pouvant donner 150 à 160 litres d'eau par jour et par habitant. Le projet a été étudié ; il dort dans les cartons administratifs. M. Liais n'en veut pas sous prétexte que la quantité ne lui semble pas suffisante et que son exécution serait trop coûteuse. Non satisfait du bénéfice que procurent à la ville les garnisons des troupes de terre et de mer, il voudrait une nouvelle subvention de l'État.

Pour vaincre les résistances des municipalités entêtées, barbares par leur ignorance, qui n'hésitent pas à sacrifier des vies humaines pour ménager leurs finannances, il est de toute nécessité que le Gouvernement insiste pour faire voter d'urgence le projet de loi sur la santé publique. C'est à la presse médicale, c'est à la presse politique qu'il appartient d'intervenir pour que dans toutes les villes comme Cherbourg, approvisionnées en eaux infectées, il soit mis un terme à un empoisonnement régulier des citoyens (2).

Bourneville.

(1) Il est arrivé parfois au Comité d'hygiène de recevoir, pour analyse, des eaux autres que celles qu'il s'agissait d'amener en ville ; ou des affirmations sur l'impossibilité d'avoir de l'eau de source, alors qu'il y en avait à peu de distance, etc.

(2) Nous devons dire que la marine n'est pas indemne de tout reproche, car elle *possède* une source, dite des Fourches, qu'elle aurait dû capter et amener dans ses casernes. Il y a, de son fait, plus que de la négligence.

Hygiène industrielle. — Un Congrès international pour l'examen des meilleures conditions d'hygiène et de production dans les manufactures textiles vient de se tenir à Rouen. De nombreux industriels de la France et de l'étranger y ont assisté. Un certain nombre de résolutions ont été adoptées. Elles recommandent les mesures d'hygiène à employer dans les manufactures et font un pressant appel aux ingenieurs et aux constructeurs, afin qu'ils dirigent tous leurs efforts vers les perfectionnements qui restent à apporter au système dont le principe est reconnu préférable, et se mettent en mesure de présenter des plans d'ensemble de ventilation, d'humidification, de chauffage et de rafraîchissement combinés. (*Le Temps*, 7 mai 1899.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mai 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr RAYMOND.

Un cas de sialorrhée.

M. TRIBOULET signale un cas de sialorrhée survenue à la suite d'une grippe légère chez une femme de cinquante-quatre ans. Cette malade avait pris des doses insignifiantes de quinine et d'iodure de potassium, la sialorrhée survint deux jours après la cessation de l'iodure, elle fut très intense, la malade rendant environ un litre de salive par jour. Les glandes salivaires, la muqueuse buccale ne paraissaient pas altérées. M. Triboulet croit que ce phénomène doit être attribué à l'iodisme.

Néphrite chronique avec pelade, vitiligo et prurigo d'origine toxique.

M. L. BERNARD, au nom de M. GAUCHER et au sien, relate l'observation d'un homme de quarante-quatre ans atteint de néphrite épithéliale d'origine toxique, qui, à chaque crise d'urémie qui lui survint, présenta des accidents cutanés. Ce fut d'abord une pelade généralisée, puis, à d'autres reprises, du vitiligo et du prurigo. M. Bernard ne croit pas au développement de ces dermatoses par l'influence d'une toxihémie due à l'imperméabilité rénale; l'épreuve du bleu de méthylène a permis de constater que le rein était encore très perméable. Il pense que la même toxihémie qui produisait la néphrite épithéliale, déterminait les accidents cutanés. Cette observation éclaire dans une certaine mesure la pathogénie de la pelade et du vitiligo.

M. JACQUET ne pense pas que les microbes jouent toujours le grand rôle étiologique dans la pelade; il rappelle le cas d'un de ses amis qui se bornait, pour faire disparaître des plaques de pelade qui lui étaient survenues, à les frictionner avec une brosse un peu rude.

Entérocolite suivie de névrite du pneumogastrique.

M. L RÉNON, au cours d'une entérocolite aiguë chez un enfant de huit ans, vit survenir une névrite du pneumogastrique caractérisée par de la dyspnée, de l'intolérance gastrique absolue, de la tachycardie avec irrégularité du pouls et lipothymies. Tous ces accidents très inquiétants disparurent par la simple prescription de la diète hydrique.

Hypotension artérielle dans la paralysie agitante.

MM. SICARD et GUILLAIN signalent un symptôme constant dans la maladie de Parkinson qui existe tout aussi bien dans les cas normaux que dans les cas frustes et permet de faire le diagnostic différentiel avec les autres tremblements, c'est l'hypotension artérielle que l'on ne retrouve ni dans le tremblement par hérédité, hydrargyrisme, alcoolisme, saturnisme, etc., ni chez les hystériques, les séniles, les myocloniques, les choréiques, les tiqueurs, etc.

Perforation de la cloison interventriculaire et rétrécissement de l'artère pulmonaire sans signe stéthoscopique.

MM. VARIOT et DERÉ montrent le cœur d'un enfant de quinze mois qui était atteint de cyanose congénitale. Outre un rétrécissement accentué de l'orifice de l'artère pulmonaire, il existait une perforation de la cloison interventriculaire. Aucun signe stéthoscopique n'avait pu être constaté durant la vie. M. Variot rappelle qu'il a relaté jadis un cas absolument semblable.

Hémi-hyperesthésie systématique.

M. JACQUET présente un tuberculeux qui présente de l'hémihyperesthésie systématique. Au cours d'une bronchopneumonie, ce phénomène s'est transféré de droite à gauche.

M. GILLES DE LA TOURETTE croit que ce transfert est plutôt l'effet de l'hystérie que celui de la maladie aiguë dont a été atteint le malade.

Thermo-esthésiomètre.

M. GILLES DE LA TOURETTE montre à ses collègues un thermo-esthésiomètre construit sur ses indications il y a plusieurs années, et dont il se sert avec satisfaction. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mai 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement de la tuberculose testiculaire.

M. TUFFIER montre que les nouvelles connaissances que nous possédons sur la physiologie pathologique de la tuberculose testiculaire et sur la sécrétion interne du testicule n'ont modifié en rien les règles thérapeutiques, exprimées par Verneuil, en ce qui concerne le traitement de la tuberculose testiculaire. La nature infectieuse de l'affection a moins d'importance au point de vue pratique que la connaissance de ses formes cliniques. Celles-ci sont fort nombreuses et fort différentes comme gravité. Ce qu'il faut savoir, c'est que l'évolution de la tuberculose testiculaire est le plus souvent bénigne. Cette notion doit dominer notre thérapeutique. Il est une forme grave, qui mérite le nom de tuberculose hypertrophique, où le testicule acquiert un tel volume que l'on pense à une tumeur; dans les cas de ce genre, la castration est la seule chose à faire. Quand, au contraire, tout se borne à un noyau épididymaire bien localisé, il vaut mieux ne pas y toucher et se contenter d'un traitement général. Mais si cette tuberculose testiculaire augmente, il faut alors recourir aux ablations partielles. La conservation du testicule est très importante, étant donné le rôle de sa sécrétion interne. Ce n'est que dans les cas où la tuberculose testiculaire cause des douleurs, des abcès prolongés ou affaiblit le sujet, qu'on est autorisé à faire l'ablation totale.

Gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac.

M. HARTMANN fait un rapport sur une opération pratiquée par M. Mauclaire. Il s'agit d'une femme de 27 ans, se plaignant depuis deux ans de troubles digestifs et de douleurs irradiées au niveau de l'ombilic. Elle présente à ce niveau une tumeur du volume du poing, qui soulève la paroi très amaigrie. A l'opération, on voit que cette tumeur occupe le pylore, dont elle cause la sténose. Elle est mobile, dépourvue d'adhérences. M. Mauclaire se contenta de faire une gastro-entérostomie postérieure. Les suites furent très bonnes; la tumeur diminua peu à peu de volume, si bien qu'au bout de cinq mois la malade était considérée comme guérie. Cet heureux résultat permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer; il s'agit plutôt d'un ulcère fongueux formant tumeur. La gastro-entérostomie a souvent pour résultat d'amener une fonte rapide de l'ulcère. Ce que M. Hartmann note de particulier dans ce cas, c'est l'absence de périgastrite autour de la tumeur. A une remarque de M. Quénu, qui se demande si la récidive de l'ulcère n'est pas à craindre après les opérations pratiquées en pareil cas, M. Hartmann répond que toutes les observations, dont il a connaissance, prouvent l'efficacité de la gastro-entérostomie dans les ulcères rebelles de l'estomac.

Néphrostomie pour anurie.

M. BROCA rapporte une observation de M. Chavanaz (de Bordeaux) ayant trait à une femme atteinte d'anurie. Sous l'influence d'une saignée et de plusieurs injections de sérum, l'anurie disparut quelques jours, puis reparut ensuite. C'est alors que M. Chavanaz se décida à une intervention. Il fit une incision lombaire pour atteindre le rein droit, qui faisait saillie dans l'hypocondre droit. Il établit ainsi une fistule lombaire, qui fonctionna très bien, puisque les accidents urémiques cessèrent et que la malade survécut cinq mois. Elle mourut d'un cancer de l'utérus, qui était la cause de son anurie. Le rein gauche était atrophié.

Sur un nouveau procédé de gastrectomie.

M. TUFFIER rapporte une observation de M. Faure ayant trait à une femme de 41 ans, atteinte d'un cancer de l'estomac. M. Faure excisa la tumeur et fit en plus la gastro-entérostomie postérieure. La malade a parfaitement guéri, mais en raison du petit volume de l'estomac qui lui restait, elle devait manger très souvent et peu à la fois pour satisfaire son appétit. En ce qui concerne le manuel opératoire M. Faure recommande de fermer les deux bouts du conduit gastro-intestinal (estomac d'une part, duodénum d'autre part) par une ligature. Pareil procédé convient à l'intestin. Mais est-il applicable à l'estomac?

Un fil de soie peut-il être suffisant pour fermer le moignon stomacal? La chose semble bien difficile, surtout quand on a affaire à un gros estomac hypertrophié, comme c'est assez souvent le cas.

M. Quénu rappelle que dans un cas, publié en 1894, il a eu recours au même procédé de double ligature, pratiqué par M. Faure.

Sur un cas curieux d'hydronéphrose.

M. Kirmisson a observé une fillette de 12 ans, atteinte d'hydronéphrose du rein gauche. Comme elle présentait des douleurs, ayant pour caractère d'augmenter après un parcours en voiture, il était rationnel de penser à un calcul rénal. L'incision lombaire fit voir une poche bosselée; cette poche étant vidée, on reconnut qu'elle était constituée par la capsule fibreuse du rein; le rein lui-même était au fond et contenait fort peu de liquide. Si bien que dans cette variété d'hydronéphrose, le liquide était contenu en entier entre le rein et sa capsule.

M. Albarran présente plusieurs pièces, qui démontrent qu'il a pu obtenir par l'expérimentation une forme d'hydronéphrose, analogue à celle observée par M. Kirmisson. P. Rellay.

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE.

Session de mai 1899.

Sur la suppression du cristallin transparent.

M. Pflueger (de Berne), *rapporteur.* — On a proposé la suppression du cristallin transparent dans le kératocône, dans le lenticône antérieur ou postérieur, dans le faux lenticône. Cette suppression est encore justifiée en cas de luxation spontanée, acquise ou traumatique, du cristallin, dans certaines formes malignes de glaucome et dans les synéchies postérieurieures totales. Mais dans ces différentes affections, la suppression du cristallin transparent est loin de présenter l'intérêt théorique et pratique qu'elle acquiert dans la cure de la myopie forte et c'est avant tout à l'étude de la suppression du cristallin dans la myopie que l'on doit s'arrêter.

Le rapporteur a pratiqué fréquemment l'opération en question et se trouve en état de discuter les résultats et statistiques de ses confrères en se basant sur une expérience personnelle des plus considérables. Depuis la fin de l'année 1891 jusqu'à la fin de 1896, il a opéré 103 cas (108 yeux), et sur ce nombre il a pu suivre 95 malades dont il donne l'observation détaillée, non seulement au point de vue opératoire mais encore au point de vue des modifications de la réfraction apportées par la suppression du cristallin.

Les observations personnelles du rapporteur, comme celles de tous les autres opérateurs, montrent que la suppression du cristallin ne détermine pas toujours une même diminution de réfraction dans des yeux qui avaient le même degré de myopie. Cela tient aux nombreuses erreurs, dont sont entachées les méthodes de détermination de l'amétropie. Les unes sont évitables : ce sont celles qui peuvent résulter du spasme de l'accommodation (on les évitera en ne déterminant la réfraction qu'après paralysie accommodative par l'atropine), de la correction insuffisante de l'astigmatisme (l'emploi de l'ophtalmomètre les rendra négligeables).

Les erreurs plus ou moins inévitables résultent de la difficulté qu'il y a à placer le verre correcteur du foyer antérieur de l'œil. Le foyer antérieur change avec le rayon de courbure de la cornée; quant aux erreurs résultat de la position, du rayon de courbure ou de l'indice de réfraction du cristallin et de l'humeur aqueuse, ce sont des quantités négligeables. De nombreux auteurs se sont attachés à rechercher des formules permettant d'établir plus ou moins approximativement le pronostic de la réfraction après aphakie pour les différents degrés de myopie. M. Pflueger discute les formules de Badal, d'Ostwalt et Hirschberg, d'Eperon, de Gelpke et Bihler et établit une formule personnelle qui paraît être en accord avec les résultats pratiques obtenus. D'après cette formule, une myopie de 10 D associée à une réfraction cornéenne de 50 D peut se changer en emmétropie par suppression du cristallin tout aussi bien qu'une myopie de 18 D associée à une réfraction cornéenne de 45 D, qu'une myopie de 20 D associée à une réfraction cornéenne de 41 et de 42 D. Les cas où des myopies plus faibles que 16 D se corrigent, les emmétropies par aphakie ne peuvent s'expliquer que par des erreurs dans la détermination de la réfraction avant l'opération, par exemple par la position trop rapprochée de l'œil de la lentille correctrice.

Mais les faits sont plus intéressants que toutes ces discussions théoriques, et les résultats obtenus sur le patient seront plus démonstratifs que ceux obtenus par une formule. Le rapporteur fait suivre cette digression théorique de l'exposé de ses observations personnelles. Il donne ensuite l'analyse minutieuse de 95 malades dont 89 ont été opérés d'un œil, tandis que 6 ont subi l'opération sur les deux yeux.

Au point de vue de l'étiologie de la myopie, il a pu noter l'influence de l'hérédité dans 52 pour 100 des cas. Dans 91 0/0 des cas, il s'agissait de myopie congénitale. L'opération a été faite surtout entre sept et trente ans (83 cas). Elle n'a été pratiquee que 12 fois de trente à quarante ans, 5 fois de quarante à cinquante ans, et une fois à cinquante et un ans. Chez les jeunes sujets de sept à dix ans, atteints d'une myopie élevée, il faut absolument intervenir. Mais, même si la myopie est inférieure à 12 D et si le rayon cornéen est assez grand, on n'attendra pas des changements inopérables du fond de l'œil et du corps vitré pour intervenir, car, à cet âge, une myopie de ce degré est suspecte, et l'opération présentera plus de garanties pour le *statu quo* que le port de verres ou l'abstention de toute thérapeutique.

Pour établir quels sont les cas de myopie justiciables de l'intervention, il ne suffit pas de se baser sur le degré de la myopie, il faut rapprocher le degré de la myopie de l'âge du patient, de sa réfraction cornéenne moyenne, de l'acuité visuelle; il faut tenir compte de l'état du malade, de sa position sociale, de la progression de la myopie chez lui et dans sa famille.

Pour ce qui est de l'acuité visuelle, si sa réduction force le patient à changer de profession, l'opération sera indiquée pour des myopies sensiblement au-dessous de 16 D. Une progression rapide de la myopie avant vingt ans et surtout après cet âge, sera une indication d'opérer, même pour des degrés relativement modérés de myopie.

Les cas du rapporteur ont pu être suivis pendant deux à sept ans. Il serait évidemment à souhaiter que la période d'observation soit encore plus longue, mais, telle qu'elle est, elle permet déjà des déductions intéressantes.

L'acuité visuelle s'est améliorée dans tous les cas, à l'exception de deux faits où des complications se sont produites peu après l'intervention : une infection secondaire à la discision dans un cas et une hémorragie rétinienne centrale au cours d'un accès de *delirium tremens.* En outre, deux autres yeux, ont perdu leur acuité visuelle après des années, l'un par décollement de la rétine et l'autre par choroïdite grave.

On a beaucoup discuté sur la cause de cette amélioration de l'acuité visuelle. M. Pflueger pense qu'il faut supposer une meilleure fonction de la rétine après l'opération, amélioration de la fonction résultant d'une meilleure nutrition de l'organe. Il faut tenir compte aussi du développement de la fonction du lobe occipital dans la perception de la vision à distance. Le fait que cette amélioration de la vision ne se produit que plusieurs mois après l'opération, qu'elle peut s'observer non seulement sur l'œil opéré, mais encore sur l'œil myope non opéré, plaiderait en faveur de cette interprétation.

M. Pflueger a constaté aussi, chez la plupart de ses opérés, une amélioration de la vision périphérique, un agrandissement du champ visuel avec amélioration du sens chromatique dans les parties paracentrales et périphériques de la rétine.

Le rapporteur étudie ensuite les changements de réfraction qui se produisent dans l'œil opéré, au cours des années qui suivent l'intervention. Ce point est tout particulièrement intéressant puisqu'il permet de juger de l'influence de la suppression du cristallin sur l'évolution de la myopie, c'est-à-dire de l'allongement antéro-postérieur du globe oculaire. En compulsant ses cas personnels, dont la durée d'observation s'étend de deux à six ans, le rapporteur constate qu'il n'y a pas un seul cas où la myopie a causé des progrès inquiétants après l'opération. Même dans cinq cas, les plus défavorables, l'allon-

gement de l'axe antéro-postérieur était plus modéré du côté de l'œil opéré que du côté de l'œil non opéré. L'observation comparative de l'œil opéré avec l'œil non opéré ne laisse aucun doute sur l'action prophylactique de l'opération.

Les contre-indications de l'intervention sont peu nombreuses et le rapporteur ne considère guère comme telles que les taies cornéennes trop étendues. Une choroïdite myopique ne sera pas une contre-indication de l'opération. « Une choroïdite centrale grave aiguë est pour moi une indication urgente pour l'opération de la myopie forte et spécialement par le procédé lent. Les résultats que m'ont donnés les cinq faits où existaient ces altérations, sont de mes plus brillants ; ils prouvent une certaine action curative pour cette maladie si rebelle à la thérapeutique ordinaire. »

Au point de vue de l'intervention en elle-même, M. Pflueger a recours à la discission suivie de l'extraction simple. Il est important que la discission préliminaire soit profonde, mais il faut éviter autant que possible de pénétrer dans le vitré. Toute augmentation de la tension intra-oculaire après la discission, indiquera l'extraction de masses cataractées même s'il n'y a pas de phénomènes douloureux. En l'absence d'hypertonie on attendra quelques jours que l'opacification des masses cristalliniennes soit avancée et on procèdera à l'extraction simple. Celle-ci se fera à l'aide d'une incision au couteau lancéolaire que l'on placera de préférence dans le limbe. La sortie des masses corticales sera facilitée par l'emploi de la curette de Daviel.

L'extraction d'emblée du cristallin transparent, pratiquée entre autres par Sattler, n'a pas même justifié sa supériorité sur le procédé de discission suivi d'extraction simple secondaire. L'extraction à lambeau sera réservée aux individus âgés et aux cas où la discission primitive a montré l'existence de ce noyau. Il faut avoir soin, dans la discission de la cataracte secondaire, lorsque celle-ci est rendue inévitable, de léser aussi peu que possible le corps vitré, et c'est pour cela que M. Pflueger préfère à l'extraction de la capsule ou aux autres procédés de discission, les procédés de De Wecker à l'aide de la pince-ciseaux ou le procédé de Stilling, qui consiste dans la dilacération de la capsule au moyen de deux harpons.

Les complications post-opératoires possibles sont l'infection de la plaie, le décollement de la rétine. La première est presque toujours évitable. Quant au décollement, le rapporteur ne l'a vu se développer que chez un seul de ses opérés et deux ans après l'intervention. Etant donnée la fréquence du décollement dans la myopie élevée en dehors de toute intervention, on n'est pas en droit de mettre ce décollement sur le compte de l'opération. Celle-ci ne s'était accompagnée d'aucune issue du corps vitré. M. Pflueger n'a pas vu davantage d'accidents glaucomateux se développer sur les yeux opérés par lui ; il faut en excepter cependant les phénomènes glaucomateux légers dus à la présence des masses cristalliniennes et que l'évacuation de celles-ci fait rapidement disparaître.

En résumé, la suppression du cristallin dans la myopie forte est absolument justifiée et donne d'excellents résultats. Par contre, les risques courus sont faibles, et, pour la plupart, peuvent être évités.

M. TROUSSEAU. — J'ai adopté la discission suivie d'extraction des masses opacifiées, mais après atropinisation et sans issue d'humeur aqueuse. J'attends l'opacification des masses à moins que des phénomènes d'hypertension se produisent. Le glaucome est plus fréquent que ne le croit M. Pflueger, mais il n'est pas grave quand on fait l'extraction assez tôt. La cyclite est plus redoutable, elle peut mettre l'œil en danger. J'examine l'état général du sujet. J'ai toujours redouté les cataractes secondaires. Il faut éviter de blesser le corps vitré.

On a parfaitement posé les indications relatives au degré de myopie. Il faut aussi s'enquérir du sujet et de sa profession, du besoin qu'il a de gagner sa vie, car à mon avis on ne doit pas se risquer à faire cette opération à des gens qui ne la réclament pas ou qui n'ont pas besoin d'une acuité visuelle au-dessus de la moyenne. Je ne suis pas pour cela un ennemi de l'extraction du cristallin transparent, je la considère comme excellente dans beaucoup de cas, mais je dois dire que je me sens envahi par la crainte et une inquiétude dont on doit soupçonner tous les motifs en présence des statistiques qui ont été publiées un peu partout. Attaché à un grand service hospitalier, je dois dire que je n'ai trouvé que rarement l'occasion de pratiquer cette opération.

M. ABADIE. — J'emploie ce procédé opératoire quand la myopie est progressive. Il n'y a pas toujours une proportion égale entre l'importance de la discission et la réaction glaucomateuse qui lui succède. Il faut surveiller les malades tous les jours, faire l'incision dans le limbe et éviter les pincements de l'iris.

M. VACHER (d'Orléans). — La suppression du cristallin est réellement prophylatique du décollement de la rétine. Il s'est produit sur des yeux qui j'avais refusé d'opérer, et je l'ai observé trois fois dans l'œil non opéré.

Voici quelques recommandations utiles : éviter les discissions répétées, n'opérer que quand le malade en a réellement besoin, ne pas opérer quand il existe une poussée de choroïdite et quand les verres forts sont bien supportés. Les résultats dans mes 61 cas ont été : disparition des phénomènes congestifs, inflammatoires, névralgiques, diminution considérable de la réfraction, augmentation sensible de l'acuité visuelle. Je n'ai pas observé de complication opératoire.

M. JOCQS. — M. Pflueger n'a pas mentionné dans son rapport deux autres indications de suppression du cristallin transparent : les cas où la pupille est obstruée par des dépôts plastiques siégeant au devant du cristallin et les opacités capsulaires chez les individus jeunes.

M. LAGRANGE. — On ne doit pas étendre l'opération aux cas inférieurs à 12 dioptries. Je ne suis pas d'avis que l'opération exerce une influence sur la contrition de l'œil.

M. DE WECKER. — Il ne faut pas intervenir plus de deux fois : il convient de faire une large incision cruciale de la capsule pour provoquer l'opacification, puis l'extraction simple plus tard. Quant au décollement, il peut être provoqué par l'opération quand on lèse le corps vitré. Aussi est-il sage de restreindre le nombre des interventions. On ne peut actuellement juger entièrement la valeur du procédé, nous devons avoir la sanction de plusieurs années avant de nous prononcer sur tous les bienfaits qui ont été signalés et surtout sur l'arrêt de l'évolution de la myopie.

(A suivre.) KŒNIG.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET.

XV. — Zur Behandlung Katarrhalischer Dickdarmgeschwüre (Traitement des ulcérations catarrhales de l'intestin) ; par le Dr RICHTER (de Münster). (*Therap. Monatsh.*, mars 1822.)

XV. — Les bons effets obtenus dans le traitement de l'ulcère de l'estomac par dépôt direct de médicaments sur la muqueuse de l'organe vide, ont incité l'auteur à agir de même, pour les ulcérations intestinales. Celles-ci, qu'elles soient d'origine catarrhale ou dysentérique, résistent pendant des semaines et des mois, à une thérapeutique sévère, tandis que c'est bien plus souvent que l'ulcère de l'estomac atteint la cicatrisation, et, par suite, la guérison. Cette différence semble due au mode et au temps d'administration des médicaments, lesquels n'ont pas permis, jusqu'ici, d'obtenir, pour les ulcérations de l'intestin, une guérison complète. Pour l'estomac, il est plus facile de donner une émulsion de bismuth, quand l'organe est à jeun ou vide, et de former, par la position convenable du malade, une couche protectrice par dessus l'ulcère. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer les bons résultats d'une cure au nitrate d'argent, dans les conditions de vacuité gastrique, et bien que le médicament n'agisse que dans les cas d'hyperacidité, par formation de chlorure argentique.

Règles d'application. — Pour que l'administration locale d'un astringent par l'entéroclyse ait son plein effet sur la paroi intestinale, et partant, sur les ulcérations, il faut d'abord procéder par un lavage à l'eau tiède, pour bien débarrasser et nettoyer l'intestin. Si l'on n'obtient pas l'idéal de vacuité comme pour l'estomac, on atteint cependant une évacuation suffisante, en même temps qu'on facilite l'action du remède

administré *per os*. Au bout de 9 à 11 heures, la fonction motrice de l'estomac et de l'intestin grêle les a débarrassés de tout liquide alimentaire, et l'on peut admettre que la ration d'un jour est, le lendemain matin, emmagasinée, pour la plus grande part, dans le gros intestin. En conséquence, si de bon matin, quand les voies digestives supérieures sont relativement vides, on administre le remède par la bouche, en même temps qu'on débarrasse par un lavage le gros intestin, et si l'on retarde de beaucoup le premier repas, alors on obtient une amélioration et une guérison bien plus promptes et sûres. Le Dr Richter considère comme essentiel ce déplacement du premier repas, pour que le remède ne soit pas trop mêlé avec le chyme, et privé ainsi de son action, quand il arrive dans le gros intestin. Les remèdes employés par l'auteur ont été : la *tannalbine* (1), le *sous-nitrate de bismuth*, et, le plus souvent, la *décoction de myrtille* (les fruits) dont la matière tannique pénètre, d'après Winternitz, dans l'épithelium et dans le tissus de la muqueuse intestinale. Par ailleurs, il ne faut pas négliger le côté diététique et rejeter tous aliments capables d'exciter, d'une façon mécanique, chimique ou thermique, la muqueuse malade. Il faut choisir les *soupes farineuses*, le *cacao de glands*, le *chocolat*, le *thé fort* et le *vin rouge*.

On peut aussi donner le remède le soir, longtemps avant le dîner, et tout en débarrassant le gros intestin. Mais alors, il reste au-dessus de la valvule de Bauhin, une grande masse de chyme, et les effets sont moindres qu'avec l'administration matinale. Et celle-ci se recommande particulièrement, quand on soupçonne quelque lésions du côté de l'intestin grêle : on donne un peu d'huile de ricin, pour avoir une évacuation plus prompte.

XVI. — Ueber die Magenbeschwerden im Trühstadium der Lungenschwindsucht. (*Des douleurs gastriques dans le premier stade de la phtisie pulmonaire.*) (*Klin. thérap. Woch.*, 28, n° 51.)

XVI. — La dyspepsie dans la tuberculose est d'importance d'autant plus grande, qu'elle est fréquente à tout moment de la diathèse, et qu'au début même, les manifestations gastriques peuvent être assez prépondérantes, pour masquer complètement la maladie principale. Croner (de Berlin), distingue deux formes de la dyspepsie tuberculeuse précoce : l'une, où le malade n'a que des douleurs gastriques, des vomissements acides et muqueux : c'est la phtisie dyspeptique latente ; l'autre, où les symptômes de la phtisie sont complètement exprimés, mais où les manifestations dyspeptiques sont les mêmes que dans le premier cas (2). L'analyse chimique des sécrétions gastriques dans la tuberculose a, jusqu'à présent donné des résultats contracditoires : acidité normale, exagérée ou insuffisante. Quant aux douleurs, elles ne sont nullement dues à de l'anémie ou de la gastrite, mais sont de nature purement fonctionnelle. Comme la motilité gastrique est le plus souvent bonne, on n'a pas à craindre d'alimenter fortement les phtisiques ; toutefois il n'y a pas lieu de suralimenter. Une cure d'air, de trois mois au moins, a des suites particulièrement favorables.

XVII. — Ueber Darmgährung, Meteorismus und Blähnngen. (Sur les fermentations intestinales, le météorisme et les flatulences) ; par le Pr Smidt (de Bonn). (*Ther. Mon*, 1899. Januar.)

XVII. — Voici le compte rendu d'une communication du Pr Smidt, de Bonn, à la Société des médecins du district de Cologne :

Un grand nombre de douleurs proviennent des gaz du tube digestif et spécialement de l'intestin. Il n'est pas rare qu'elles soient de nature purement subjective et qu'elles aient pour cette raison, plus d'importance aux yeux des profanes, qu'auprès des médecins par qui elles sont moins saisissables. C'est particulièrement le cas pour ces troubles que nous désignons par le terme générique de *flatulences*, et sous lequel nous comprenons tous les états d'exagération morbide de gaz dans l'intestin. Un tel état peut exister sans qu'il y ait douleur véritable, par exemple, quand la production de gaz est compensée par l'évacuation anale et la résorption. L'élimination est-elle retardée, alors il y a fréquemment des contractions spasmodiques, ou dilatations de quelque anse intestinale, états passagers qui jouent un rôle dans l'anamnèse des malades comme « coliques flatulentes ».

Si la stagnation gazeuse se prolonge, alors il y a tension de tout ou partie de l'abdomen, tympanite, météorisme. S'agit-il d'une atonie de l'intestin, alors les troubles subjectifs peuvent faire longtemps défaut. Il peut y avoir accumulation anormale de gaz dans l'abdomen, sans qu'il y ait nécessairement chaque fois, fermentation intestinale pathologique. Si celle-ci existe, elle n'est habituellement pas la cause, mais l'effet de la stagnation gazeuse. Il en résulte que, dans l'analyse des douleurs d'origine gazeuse, il faut, en substance, aller suivant deux directions : il faut séparer les causes de la production exagérée de gaz, de celles de la rétention.

On sait que la fermentation du contenu intestinal est un phénomène normal, qu'elle varie chez les gens bien portants, dans de grandes limites, et peut cesser complètement, comme d'autres fois, prendre de grandes proportions. Il est regrettable qu'il ne soit pas encore possible de fixer chez l'homme sain, la limite maximum de fermentation intestinale, car il est des cas où la montée pathologique au-dessus de cette limite peut être le seul signe d'un trouble fonctionnel de l'intestin. Nous n'avons pas encore de mesure certaine et toujours pratique ; et il ne suffit pas d'apprécier la quantité et la composition des éructations produites chaque jour parce que la quantité de gaz évacuée par l'anus est modifiée qualitativement et quantitativement par la résorption et la diffusion, et qu'une telle analyse ne peut valoir scientifiquement que dans des conditions toutes déterminées à l'avance.

En observant la fermentation insensible des fèces, spécialement de celles des anses intestinales supérieures (par anus artificiel), on a la possibilité d'une évaluation approximative et pratique de la fermentation intestinale ; et le Pr Smidt a tiré par ce procédé des faits de haute importance clinique pour mesurer le pouvoir moteur de l'intestin sain et malade. Ajoutons qu'il est infiniment vraisemblable que, dans les conditions normales, la formation de gaz a lieu déjà dans l'intestin grêle, au moins dans sa partie inférieure, mais que le rôle principal revient au gros intestin. Le pylore est la seule limite supérieure au delà de laquelle la fermentation devient pathologique : la valvule de Bauhin n'est pas un obstacle pour la fermentation intestinale, comme pour la décomposition putride.

Les facteurs de la décomposition intestinale normale sont les suivants : 1° le genre d'alimentation ; 2° la flore microbienne de l'intestin ; 3° la durée du séjour intestinal des ingesta. C'est en analysant chacun d'eux qu'on arrive à connaître les directions et les causes d'où viennent les perturbations pathologiques.

1° L'examen de la composition des aliments conduit à ce principe : qu'en général, la formation des gaz est d'autant plus grande qu'il y a eu ingestion plus abondante d'hydrates de carbone, et, chose plus importante, que l'assimilation était plus difficile, c'est-à-dire que les hydrates de carbone étaient plus inaccessibles aux sucs digestifs. De l'importance de la fermentation insensible des fèces, de la décomposition des gaz qui s'y forment, et, dans tous les cas aussi, de la quantité des acides gras volatils évacués avec les fèces, on déduit assez facilement que tous les aliments très riches en cellulose, comme le *pain noir*, les fruits des *légumineuses*, les *pommes de terre* et les *légumes*, provoquent une formation bien plus abondante de gaz que même de bien plus fortes quantités de lait ou des préparations d'amidon condensées. La quantité de gaz est à peu près inversement proportionnelle au travail utile des différents aliments hydrocarbonés, laquelle utilisation dépend, en première ligne, comme l'a enseigné l'école de Voit, de l'assimilabilité, c'est-à-dire de l'accessibilité aux sucs digestifs.

Dans la digestion normale la formation de gaz dans l'intestin provient presque exclusivement de la décomposition de l'amidon, soit de ses produits dérivés. Les gaz formés, consistent pour la plus grande part en CO^2 et en H^2. La cellulose et l'albumine servent évidemment de bases à la fermentation, et

(1) *Deux nouveaux astringents, tannalbine et tannigene*, par le Dr P. Cornet, in *Progrès médical*, 23 janvier 1897.
(2) *Deut. Med. Woch.* 1er déc. 1898.

cependant leur participation à la formation des gaz intestinaux n'est que très faible. D'où il résulte déjà, abstraction faite de nombreux autres faits, que dans l'alimentation dépourvue d'amidon (diète carnée), la formation de gaz dans l'intestin non malade est à peu près nulle.

Les aliments dits « flatulents », sont d'ailleurs de nature très variable, et l'on remarque que la formation de gaz dépend beaucoup moins des aliments eux-mêmes que de la sensibilité des divers organes digestifs contre tel ou tel mets (idiosyncrasie). Il est d'autant moins douteux qu'aucun de ces aliments produise chez un individu sain, des douleurs venteuses, aussi longtemps qu'il n'y a pas eu ingestion exagérée ou cause quelconque d'indigestion. De tels états passagers de flatulence que chacun éprouve à l'occasion sans être autrement malade, se rapprochent déjà manifestement des limites de la pathologie. Habituellement on accuse tel ou tel mets qui devient le bouc émissaire, mais on oublie que cet aliment a peut être été pris trop précipitamment, trop froid ou trop chaud, ou que les organes digestifs ne se sont pas trouvés en disposition convenable. En résumé : *la quantité de gaz introduite ou formée dans l'intestin lui-même, envisagée en soi et pour soi, ne sert pas de mesure à la flatulence.* Un intestin qui fonctionne bien est délivré par la résorption et la sortie immédiate des substances fermentescibles, et s'il survient des douleurs, celles-ci sont dues à d'autres facteurs.

2° Il y a lieu de songer aussi à l'introduction dans l'intestin, d'excitateurs particuliers de la fermentation. De même que dans la fermentation gastrique, toujours pathologique, il est facile de démontrer la présence copieuse de champignons de la levure, de sarcines, et de certaines sortes de bacilles, de même, dans la fermentation intestinale exagérée, il faut poursuivre la recherche d'autres bactéries. Cette obligation est légitime, mais n'est pas facile à remplir en raison de la complexité et de la variabilité de la flore microbienne du contenu intestinal. Cependant des récentes recherches ont introduit une certaine clarté dans ce chapitre obscur.

Les auteurs qui se sont occupés spécialement de ce point, sont tous d'avis, que dans les conditions normales de l'intestin, le nombre des bactéries obligatoires est très limité, tandis que celui des bactéries facultatives paraît infini. Des microbes très divers et non toujours inoffensifs que nous ingérons avec la nourriture, la plupart meurent, parce qu'ils ne trouvent pas un milieu nutritif favorable pour leur développement ultérieur. Ou bien il y a pullulation de bactéries nécessaires, parmi lesquelles le bactérium coli et ses dérivés occupent la première place ; il n'y en a que très peu qui peuvent être encore cultivées à leur sortie des fèces. Comme Lembke l'a démontré, il faut déjà une très grande quantité de bactéries provoquant fortement la décomposition, si l'on peut anéantir pour quelque temps,. chez le chien, les bactéries obligatoires ; et dans ce cas, l'accroissement de la décomposition intestinale n'est que faible et passager. Chez l'homme, une telle inondation de l'intestin par des germes étrangers n'a lieu que rarement; et pourtant l'on peut ajouter que l'usage des boissons en fermentation ou d'aliments riches en levures, peut provoquer à l'occasion, la fermentation intestinale exagérée. Plus important que l'introduction de microorganismes étrangers, est l'état du matériel nutritif existant dans l'intestin. Des changements brusques d'alimentation, spécialement entre viandes et hydrates de carbone, révèlent des oscillations considérables dans la phase bactérienne, qui ne se rééquilibre que peu à peu. (*A suivre*).

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — M. Runac, médecin de 1re classe des Colonies, a été placé dans la position de non activité par retrait d'emploi. — M. CARRON, pharmacien de 2e classe du cadre de Cherbourg, est désigné au sixième tour pour servir à la prévôté de Saint-Mandrier, en remplacement de M. Poudra, promu de 1re classe et qui a été affecté au port de Cherbourg.

HABITATIONS A BON MARCHÉ. — Le Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes a nommé membre du Conseil supérieur des habitations à bon marché, en remplacement de M. Riche, démissionnaire, M. le Dr Proust, membre de l'Académie de Médecine, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires.

REVUE DE CHIRURGIE

XX. — Etude du traitement des angiomes par l'électrolyse; par G. GUILBARD. (Jouve et Boyer, édit., 1899.)

XX. — Les petites filles sont plus fréquemment atteintes que les garçons de nævus, angiomes et tumeurs vasculaires. L'électrolyse a, sur ces tumeurs érectiles, une action sclérogène remarquable qui en fait la meilleure méthode de traitement des angiomes. Elle réussit toujours, même dans les cas où les autres méthodes ont échoué. C'est une précieuse ressource dans les tumeurs graves à développement rapide, notamment à la face. L'on doit adopter, de préférence, la méthode monopolaire ou électropuncture positive. Il faut se servir d'électrodes négatives aussi larges que possible, rapprocher autant qu'on le peut les deux électrodes et, toutes les fois que la région le permet, on doit adopter la disposition concentrique des pôles. Ce *modus faciendi* permet d'agir avec précision et sûreté, il met à l'abri de tout accident d'escarre, de suppuration et de cicatrice, il ne nécessite que fort exceptionnellement l'anesthésie ; la douleur, d'abord supportable, va en diminuant jusqu'à disparition complète à la fin de l'opération.

XXI. — Traitement des éventrations sus ombilicales: par WALTHER.

XXI. — M. Walther développe quelques considérations opératoires concernant des éventrations sus-ombilicales. Celles-ci sont spontanées ou traumatiques et parfois chirurgicales. C'est à un cas de ce genre qu'il a eu affaire. Il s'agit d'un malade qui s'était donné un coup de couteau dans la région du foie. La plaie du foie put être suturée et le malade fut présenté comme guéri en 1897 à la Société de Chirurgie. Mais le drainage et un écartement considérable du muscle droit sectionné firent place à une éventration, qui devint douloureuse et très volumineuse, mesurant au moins le volume du poing. Une peau mince et cicatricielle la recouvrait; parfois, après le repas, l'estomac distendu venait faire saillie sous les téguments et sous le péritoine aminci et dégarni de gaine et de muscle. Prévoyant des difficultés opératoires, Walther refusa d'abord d'intervenir et conseilla un simple bandage. Mais le malade souffrant de plus en plus, vint réclamer à tout prix une intervention. A la palpation, on percevait un écart d'au moins 10 centimètres entre les bords des moignons du muscle droit sectionné, l'affrontement de ces moignons paraissait impossible. M. Walther songea d'abord à se servir du grand pectoral, en le renversant, mais cette manœuvre eût nécessité la section des nerfs de ce muscle qui, par suite, n'aurait pas rempli son rôle de sangle efficace. Voici comment il procéda : section longitudinale de la peau; de suite on arrive sur le péritoine. Dans les manœuvres de dissection, celui-ci fut un peu déchiré. Pas de muscle ni de gaine; il ne persistait du droit qu'une mince bande de un centimètre de large au côté externe, inutilisable. C'est au grand oblique que le chirurgien s'adressa, il y pratiqua une incision parallèle à ses fibres, destinée à mobiliser un large lambeau de recouvrement par glissement; pour le côté interne, il dut glisser et emprunter le muscle droit du côté opposé, jusqu'au contact du lambeau externe formé par le muscle grand oblique. Suture de ces deux lambeaux l'un à l'autre ainsi qu'aux moignons de droite. Toutes ces sutures musculaires furent faites au crin de Florence, employé comme fil perdu; l'affrontement à l'aide de 51 points de suture ne fut obtenu qu'avec traction. L'opération fut terminée par l'excision d'un peu de peau cicatricielle, et un drainage en prévision du suintement sanguin qui fut, en effet, considérable. Comme suite, il y eut une infection incontestable, mais qui resta atténuée. La tension extrême amena du sphacèle de quelques fibres musculaires. Cependant, après une désunion de quelques points, provoquée dès que l'infection fut reconnue, l'infection resta minime et en somme le malade a fort bien guéri, comme en témoignent les photographies. L'auteur insiste sur l'avantage des crins de Florence employés comme fils perdus. Eux seuls pouvaient supporter une pareille traction, et dans ce cas infecté, les soies auraient réclamé des mois pour leur élimination. Pas un des crins au

contraire ne s'est éliminé. L'auteur voit donc dans l'emploi des crins de Florence perdus, un réel avantage. C'est à cette technique qu'il attribue le résultat, non pas excellent parce que les gaines n'avaient pu être reconstituées, mais satisfaisant pour une myoplastie pratiquée dans des conditions très défavorables.

XXII. — Cathétérisme cystoscopique des uretéres; applications diverses; par Henry Reynès (de Marseille).

XXII. — L'auteur pratique le cathétérisme cystoscopique des uretères depuis novembre 1897; il s'est servi de l'instrument d'Albarran, avec lequel il n'a eu aucun accident. Il a appliqué le cathétérisme uretéral une quinzaine de fois à l'occasion de quatre malades; trois étaient atteints de pyélo-néphrites mono ou bilatérales; un quatrième avait une néphrorragie, probablement tuberculeuse. Dans un cas, il s'agissait d'une pyélo-néphrite suppurée; il a pu laisser la sonde uretérale à demeure pendant trois jours, et la malade en a été très soulagée. Les lavages rénaux avec une solution aqueuse de sulfi-benzoate à 5/1000, ont amélioré ce cas de pyélo-néphrite. Cet antiseptique excellent, non irritant, n'abîme ni les mains ni les instruments.

XXIII. — Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la méthode de Bottini; par Matz et par Mariachess (d'Odessa).

M. Matz publie les résultats obtenus jusqu'à présent par le procédé de Bottini. Sur 22 cas, on obtenu la guérison complète dans 5 cas. Il reproche aux observations publiées de ne pas être suffisamment démonstratives; un grand nombre de malades ont été revus quelques jours après l'opération. En présence des nombreuses récidives qui ont été observées, on ne peut pas être sûr qu'on a obtenu dans tous les cas la guérison réelle. M. Matz pense que l'opération de Bottini peut donner des bons résultats dans l'hypertrophie du lobe moyen et dans les cas où les lobes latéraux forment une saillie dans la vessie. En faisant les recherches sur les formes des prostates hypertrophiées, il a constaté que le lobe moyen est notablementa ugmenté dans un tiers des cas. Pour reconnaître l'hypertrophie du lobe moyen, il faut dans la grande majorité des cas recourir à l'examen endoscopique.

M. Mariachess a opéré quatre malades par le procédé de Bottini qui lui paraît destiné à un certain avenir et dont les indications méritent d'être précisées. Sur les quatre malades trois ont guéri tout ou au moins sont améliorés; le quatrième n'a, au contraire, retiré aucun bénéfice de son opération. Dans le premier cas, des examens cystoscopiques répétés ont permis de suivre l'action du couteau galvanique sur la tumeur prostatique et on voit la lèvre artificiellement formée dans le tissu s'agrandir à mesure que les opérations successives ont été plus répétées.

XXIV. — Rupture de l'uretère par contusion de la région rénale; par Nicolich.

XXIV. — Homme, 18 ans: tombe sur le flanc gauche, légère hématurie pour un jour, douleurs fortes. Un mois après l'accident, toute la moitié gauche de l'abdomen est plus grosse que la droite, cette augmentation est due à une collection liquide, qui, en avant, arrive à un travers de doigt du mamelon, atteint l'ombilic et descend jusqu'à la moitié du ligament de Poupart; postérieurement, elle va jusqu'à la colonne vertébrale atteignant le quatrième espace intercostal et l'angle inférieur de l'omoplate. Dans l'intervalle d'un mois et demi on tire avec l'aspirateur de Potain, en six fois, 13 litres et 800 grammes. Le malade guérit parfaitement.

VARIA

Société pour la propagation de l'incinération.

Assemblée générale du 6 mai 1899.

Samedi dernier, a eu lieu à l'Hôtel des Sociétés savantes, l'assemblée générale annuelle de la *Société pour la propagation de l'incinération*, sous la présidence du Dr Bourneville, assisté de MM. Salomon, secrétaire général, de MM. Brüll et Ch. Lefebvre, membres du bureau.

Comme tous les ans, président et secrétaire général, se sont partagé la tâche ingrate du compte rendu annuel. M. Bourneville donne dans le tableau suivant la statistique des incinérations de toute catégorie, depuis le fonctionnement du crématoire, pratiquées au crématoire du Père-Lachaise.

Années.	Incinérations demandées par les familles.	Débris d'hôpitaux.	Embryons.	Total.
1889	49	483	217	749
1890	121	2.188	1.079	3.388
1891	134	2.369	1.238	3.741
1892	159	2.389	1.426	3.974
1893	189	2.261	1.461	3.911
1894	216	2.247	1.529	3.992
1895	187	2.482	1.511	4.180
1896	200	2.587	1.636	4.423
1897	210	2.356	1.631	4.197
1898	231	2.493	1.789	4.513
Totaux	1 696	21.855	13.517	37.068

Comme on le voit, le nombre des incinérations demandées par les familles s'accroît chaque année. Le chiffre des crémations faites pendant le premier trimestre 1899 semble indiquer que cette progression continuera.

Les crémations sont toujours opérées avec les appareils Fradet et Toisoul et Fichet, alternativement. Des corps incinérés sur le désir des familles, 191 étaient de Paris, 24 viennent des différentes communes du département de la Seine, 4 du département de Seine-et-Oise, 2 des Alpes-Maritimes, 2 des Ardennes, 2 de l'Oise, 2 de Seine-et-Marne, 1 de la Côte-d'Or, 1 du Finistère, 1 du Loiret, 1 de la Manche, 1 de la Haute-Vienne, 1 de la Belgique. Cette énumération est intéressante en ce sens qu'elle montre que ce n'est pas seulement à Paris et dans la Seine qu'on se préoccupe de la crémation, mais dans toute la France.

Sous le rapport du sexe, on compte 153 hommes et 79 femmes. Ce dernier chiffre, étant donnés les préjugés de la femme, est d'un bon augure pour l'avenir de la crémation.

L'orateur parle ensuite de la propagande faite par la Société à l'aide du Dr Cornet et de M. Mesnard, qui ont fait dans l'année cinq conférences avec projections. Il remercie ces deux champions de leur zèle en faveur d'une œuvre si utile et donne rendez-vous à ses auditeurs à l'année prochaine, lors de la grande Exposition, où grâce à l'appui du Comité d'organisation du Congrès d'Hygiène, la Société de Crémation pourra faire bonne figure et recruter de nouveaux et nombreux adhérents.

M. Bourneville annonce à la Société que le *Réglement* intérieur voté par elle il y a un an a été adopté par le Ministre de l'Intérieur. Cette mesure complète la reconnaissance d'utilité publique obtenue le 12 octobre 1897. La Société peut donc recevoir des dons et des legs qui lui permettront une action de plus en plus efficace. Il fait part des démarches auprès du Conseil municipal afin de donner satisfaction aux vœux de l'assemblée générale de 1898. Comme ces démarches n'ont pas abouti, il propose à la réunion, ce qu'elle accepte, de renouveler ces vœux. Ils sont ainsi conçus :

« La Société pour la propagation de l'incinération, réunie en assemblée générale le 6 mai 1899, émet : 1° le vœu que le Conseil municipal procède à l'achèvement complet du crématoire du cimetière de l'Est, pour l'Exposition universelle de 1900; — 2° le vœu que le Conseil réduise à 50 fr. la taxe municipale d'incinération pour les corps de personnes aisées décédées

dans les communes du département de la Seine et dans les autres départements, et qu'il *supprime la taxe* pour les citoyens de Paris hospitalisés dans les hospices suburbains dépendant de l'Assistance publique de Paris. »

Nous espérons que la Société, qui n'a pas d'autre but que l'intérêt public, obtiendra satisfaction. Il est, en effet, singulier que l'indigent de Paris, mourant à Paris, chez lui ou dans un hôpital ou un hospice intra-urbain, puisse être incinéré *gratuitement*, alors que l'indigent de Paris, mourant dans les hospices *parisiens* de Bicêtre, d'Ivry ou d'Issy, ne peut l'être qu'en payant *cent* francs.

Nous sommes heureux d'extraire, comme chaque année du reste, du très laborieux rapport de M. Salomon, l'état de la crémation à l'étranger.

« Les efforts de ceux d'entre nous qui depuis bientôt vingt ans soutiennent la cause de l'incinération dans les Congrès internationaux d'Hygiène tenus à l'étranger et en France n'ont pas été stériles. Quand nous avons fondé notre Société, peu après le Congrès de Turin, trois villes seulement, Milan, Gotha et Washington, possédaient des crématoires. Aujourd'hui, il y a en Europe et en Amérique 70 crématoires dont 27 en Italie et 20 aux Etats-Unis.

« En Angleterre, le progrès s'accentue. Des savants distingués, des membres de l'aristocratie, des hommes politiques connus sont à la tête du mouvement. A la dernière assemblée générale de la Société de crémation d'Angleterre, l'éminent chirurgien sir Henri Thompson, président de la Société de crémation, avait à ses côtés pour présider à la réunion, le duc de Westminster. Sir Thompson a rappelé que le monument de Woking, le plus rapproché de Londres, avait été édifié en grande partie à l'aide de dons du duc de Bedford. A Woking, les incinérations ont été de 137 en 1896, de 173 en 1897 et de 240 en 1898. Pendant cette dernière année, il y a eu 62 incinérations à Manchester, 27 à Liverpool, 12 à Glascow. A Hall, un monument est en construction. C'est le premier qu'une municipalité anglaise ait élevé. A Sheffield, une Société ayant pour objet de construire un crématoire se constitue au capital de 25.000 francs.

« En Allemagne, il y aura bientôt six monuments. A ceux de Gotha, Hambourg, Heidelberg, Iena et Offenbach il faudra joindre celui d'Eisenach, pour la construction duquel la municipalité de cette ville vient de voter les fonds nécessaires. Sans compter les opérations de l'appareil de Berlin, affecté uniquement aux corps provenant des amphithéâtres des hôpitaux, 423 incinérations ont été effectuées en Allemagne dans le courant de 1898. A la deuxième séance de l'Union des Sociétés de crémation des pays de langue allemande qui compte 31 Sociétés, le délégué de Francfort avait proposé que les Sociétés du monde entier s'entendissent pour organiser une exposition de crémation à Paris en 1900. Cette idée n'a pas prévalu : les Sociétés de chaque pays figureront isolément dans leur section.

« La Suisse a deux crématoires. L'an dernier, 72 incinérations ont été opérées à Zurich. A Bâle, le four crématoire inauguré en janvier 1898 avait, au 15 avril de la même année, effectué 11 incinérations.

« Comme la Suisse, la Suède possède deux monuments crématoires, dans lesquels 75 incinérations ont été faites en 1898 : savoir, 49 à Stockholm et 24 à Gothembourg. En Norwège, malgré l'ardente opposition des évêques, de la Faculté théologique et des médecins légistes, le Parlement vient de voter une loi rendant l'emploi de la crémation facultatif. D'ici peu, un crématoire sera érigé à Christiania.

« A Copenhague, en 1898, il y a eu 18 incinérations.

« En Autriche, la Société de crémation ne pouvant aboutir, a pressenti la municipalité de Presbourg pour y envoyer incinérer les corps de ses membres.

« Si nous jetons un coup d'œil au loin, nous voyons plusieurs villes de l'Amerique du Sud, de l'Océanie et de l'Asie, pratiquer la crémation ou se préparant à l'employer. A Tokio, au Japon, en 1898, sur 40.327 décès, on a compté 19.254 incinérations. »

M. G. Salomon a terminé en annonçant que la ville de Reims construisait un monument crématoire, que celui de la ville de Rouen était terminé et que la première incinération y avait été pratiquée le 21 avril.

Tel est l'exposé présenté par M. Salomon. Espérons que d'année en année, la crémation prendra un essor plus considérable et que cette façon propre de disparaître du monde vivant sera reconnue par tous comme la seule pratique, en rapport avec le progrès et l'hygiène modernes.

Albin ROUSSELET.

Exercice illégal de la médecine par un magnétiseur.

La Cour d'appel de Paris confirmant un jugement du tribunal de la Seine vient d'interpréter la loi sur l'exercice de la médecine d'une façon diamétralement opposée à l'interprétation de la Cours d'Angers, au sujet de l'exercice illégal des magnétiseurs. Nous empruntons à la *Gazette du Palais* les intéressants considérants de l'arrêt de la Cour et les commentaires dont elle les accompagne :

Adoptant les motifs du jugement et considérant en outre : qu'aux termes de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892, « exerce illégalement la médecine : 1° toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux art. 6, 29 et 30 de la présente loi, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies et des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée », que le sens du mot « traitement » est général et s'entend de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie et que ce sens ne saurait être arbitrairement restreint comme le voudrait les prévenus (à la prescription de médicaments ou à la pratique d'opérations chirurgicales proprement dites, telles, par exemple, que la réduction de luxations ou fractures ;

Considérant que l'opinion du rapporteur de la loi à la Chambre des députés, fût-elle constante et catégorique, ne saurait prévaloir contre les termes formels du texte ci-dessus rappelé qui ne permettent aucun doute ou interprétation ;

Considérant, en fait, qu'il résulte de l'instruction, des débats et de l'aveu même des prévenus que du mois de mai au mois d'août 1898, ceux-ci qui ne sont munis d'aucun des diplômes visés par la loi, ont traité la dame B... par de prétendues passes magnétiques qu'ils ont représentées au plaignant comme devant amener la guérison ou tout au moins l'amélioration de l'état maladif de ladite dame ; que les prévenus se livrent habituellement au traitement des maladies nerveuses et organiques, ainsi qu'ils l'annoncent d'ailleurs par des avis imprimés visés par les premiers juges et dont un exemplaire joint au dossier sera enregistré en même temps que le présent arrêt ;

Considérant que, fût-il vrai, ainsi qu'ils l'allèguent, que leur traitement ne comporterait aucun emploi de médicaments, cette circonstance ne suffit pas ainsi qu'il est ci-dessus établi, à légitimer les pratiques et agissements des prévenus ;

Considérant toutefois qu'à raison des circonstances de la cause et des bons renseignements fournis à la Cour, il y a lieu de leur faire une application plus indulgente de la loi et de leur accorder le bénéfice des circonstances atténuantes prévues par les articles 27 de la loi du 30 novembre 1892 susvisée et 463 C. pén. ; etc.

Avant la loi du 30 novembre 1892, l'emploi de passes magnétiques sans prescription de médicament, constituait l'exercice illégal de la médecine de la part des individus qui s'y livraient sans être munis de diplômes réguliers, V. Lyon 4 avril 1892 (*Gaz. Pal.* 1893, 2. 40.) La loi du 30 novembre 1892 a-t-elle eu pour effet de restreindre l'application des dispositions pénales punissant l'exercice illégal de la médecine aux individus prescrivant des médicaments ou pratiquant des opérations chirurgicales proprement dites ? La Cour d'Angers l'avait ainsi décidé le 24 juin 1894, par infirmation d'un jugement du tribunal de Mayenne. V. *Gaz. Pal.* 1894 2. 90.

Mais le tribunal de la Seine avait inauguré la jurisprudence dans laquelle il persiste, appuyé aujourd'hui par l'autorité de la Cour, par un jugement du 26 janvier 1893 (Gaz. Pal 1893, 1. 136). Nous estimons, quant à nous, que cette dernière jurisprudence doit être approuvée. Il n'est pas douteux que la restriction des sanctions pénales à ceux qui ordonnent des médicaments et pratiquent des opérations chirurgicales ne serait pas sans présenter de graves inconvénients pour l'intérêt public : en effet, la simple application d'un traitement magnétique faite mal à propos à un malade atteint d'une maladie nerveuse pouvait avoir sur la santé de celui-ci une influence déplorable, et il est bon que l'application d'un tel traitement reste soumise au contrôle d'un homme qualifié pour en apprécier l'opportunité. Le jugement et l'arrêt donnent une analyse trop exacte de la controverse que paraît provoquer un semblant de contradiction entre le texte de la loi et le rapport de M. Chevandier, pour que nous ayons à y revenir. Nous nous contenterons de citer le rapport au Sénat, de M. Cornil, qui précise bien l'intention du législateur ; cette intention en n'énumérant pas les actes constitutifs de l'exercice illégal de la médecine, n'a pas été de laisser hors des atteintes de la loi tels ou tels actes en particulier, et de porter atteinte aux dispositions des législations précédentes, mais de permettre aux tribunaux d'exercer librement leur pouvoir d'appréciation.

Le scandale de Choisy.

Sous le titre de : « Un nouveau scandale à Choisy », nous signalions, il y a trois jours, la découverte, à Choisy-le-Roi, d'une nouvelle affaire de mœurs. Nous rappelions les attentats à la pudeur commis par Platteaux, Sautton, etc., et nous annoncions qu'un médecin, le Dr X..., venait d'être fortement compromis dans un scandale analogue. Le Dr X... s'était livré sur un jeune enfant placé dans un établissement hospitalier de l'Assistance publique à des actes hors nature. L'enfant, d'abord très malade, revint peu à peu à la santé et se décida alors à dénoncer le Dr X...

Celui-ci fut révoqué par le Directeur de l'Assistance publique. L'enquête ouverte par le parquet fut confiée à M. Pasques, juge d'instruction, qui se rendit sur les lieux, interrogea les personnes chargées du service des enfants malades et donna finalement, au commissaire de police, mandat d'arrêter le médecin. Dans la matinée d'hier, le commissaire se présenta à son domicile. Il ne trouva qu'un cadavre. Le docteur s'était enfermé dans sa chambre à coucher dont il avait hermétiquement bouché toutes les issues et s'était asphyxié en ouvrant un bec de gaz. (*Eclair* du 10 mai 1899.)

Un cas d'exercice illégal de la médecine dans un hôpital.

Les journaux politiques ont récemment publié et commenté, non sans ironie, les poursuites dont serait l'objet un individu accusé d'avoir pratiqué l'exercice illégal jusque dans un hôpital de Paris. Dans une clinique spéciale d'un grand hôpital, très fréquentée par les élèves, venait, dit-on, avec une régularité exemplaire, un homme d'un certain âge, se prétendant médecin de marine démissionnaire. Jamais étudiant n'aurait été aussi zélé et aussi attentif aux leçons de ses maîtres, et ce n'aurait pas été sans stupeur que ces derniers auraient appris que le chirurgien de la marine était un voyageur en huile poursuivi d'ores et déjà comme pratiquant l'exercice illégal de la médecine. Trop de conscience est nuisible dans la pratique de certains métiers. Il n'est pas douteux que si notre pseudo-spécialiste, à l'exemple de certains Instituts intangibles, se fût borné à traiter les oreilles de ses concitoyens sans avoir voulu s'instruire à ce sujet, il aurait pu longtemps, à l'abri de la complaisante inertie du Parquet et de la police, exercer son petit commerce et, la Presse aidant, développer sa clientèle. Mais il a voulu savoir ; c'est ce qui l'a perdu. La justice et la presse en sont émues. Que se passe-t-il donc dans les hôpitaux ? Il faut avouer qu'il y a une singulière habitude qui consiste à permettre à tout venant de suivre régulièrement les visites médicales et de se glisser dans les services hospitaliers. Les chefs de services ne sauraient être rendus responsables de cette déplorable coutume dont ils sont les premières victimes ; mais il nous semble que l'Administration pourrait, sans nuire aux études médicales, exiger quelques références des étudiants ou des médecins qui désirent fréquenter les hôpitaux. Rien ne serait plus facile que de délivrer une carte aux étudiants ou aux médecins qui en feraient la demande et produiraient à l'Administration des titres ou des pièces capables de justifier leur présence habituelle dans nos services hospitaliers. Ces derniers seraient ainsi débarrassés des curiosités malsaines et de l'apprentissage hâtif des charlatans de toute espèce. Ceci ne gênerait en rien, croyons-nous, les études des médecins sérieux et débarrasserait bien des services d'une invasion dangereuse contre laquelle les médecins ni les chirurgiens ne peuvent réagir ; ce n'est pas à eux qu'incombe la police de l'hopital, et ils n'y sauraient remplir l'office de contrôleurs sans compromettre leur dignité et sans affaiblir le respect et l'autorité auxquels ils ont droit dans leur service. J. N.

Association de la presse médicale française.

L'Association de la presse médicale française a tenu son assemblée générale, vendredi 5 mai, à 7 heures, dans les salons du restaurant Marguery. Cette réunion offrait un intérêt tout particulier à cause des modifications du bureau, occasionnées par la retraite de MM. Cornil et De Ranse, syndics démissionnaires. Les statuts de l'Association exigent, en effet, de ses membres l'obligation d'être propriétaires, directeurs ou rédacteurs en chef d'un journal médical, condition que ne remplissent plus MM. Cornil et De Ranse. A l'unanimité, ces deux confrères ont été acclamés syndics honoraires et ont été remplacés par MM. V. Laborde et Lucas-Championnière. M. Cézilly, syndic et trésorier, a rendu ses comptes et l'on a pu remarquer qu'après dix ans, durant lesquelles le syndicat de la Presse est intervenu pécuniairement dans l'affaire Laffite et dans la fête offerte aux médecins russes, la caisse possède encore de notables ressources. Le bureau de l'Association syndicale se trouve ainsi constituée pour 1899 : MM. Cézilly, Laborde et Lucas-Championnière, syndics ; M. Marcel Baudouin, secrétaire général et trésorier.

Enseignement médical libre.

Cours d'histologie — M. le Dr J. JOLLY commencera le 25 mai, au laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois. On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

FORMULES

L. — Contre les troubles ménorrhagiques.

Salipyrine		10 grammes
Bromure de potassium		10 —
Extrait de viburnium prunifolium		20 —
Eau distillée		120 —
Cognac	àà	20 —
Sirop d'écorces d'oranges	àà	20 —

A prendre une cuillerée le soir cinq jours avant les règles, une cuillerée matin et soir quatre et trois jours avant, trois cuillerées dans la deuxième journée, puis quatre cuillerées la veille et le jour de l'apparition des règles. (*Nouv. Montpell. méd*).

LI. — Contre l'acné juvénile.

Soufre sublimé	àà	20 grammes.
Alcool à 90°	àà	20 grammes.
Eau distillée	àà	20 grammes.
Mucilage de gomme arabique		6 —

en applications matin et soir. (Veirel, de Cannstatt.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 avril au samedi 6 mai 1899, les naissances ont été au nombre de 1.113, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 383, illégitimes, 171. Total, 554. — *Sexe féminin* : légitimes, 406, illégitimes, 163. Total, 569.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 30 avril au samedi 6 mai 1899, les décès ont été au nombre de 1007, savoir : 507 hommes et 500 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 10. T. 12. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 20, F. 16. T. 36. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 10, T. 14. — Diphtérie. Croup : M. 2, F. 5, T. 7. — Grippe : M. 6, F. 14, T. 28. — Phtisie pulmonaire : M. 110, F. 95, T. 205. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 13, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 11, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 33, T. 51. — Méningite simple : M. 16, F. 15, T. 31. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 21, F. 23, T. 44. — Paralysie, M. 5, F. 5, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 31, T. 39. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 32, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 9, T. 14. — Bronchite chronique : M. 10, F. 9, T. 19. — Broncho-pneumonie : M. 27, F. 25, T. 52. — Pneumonie : M. 18, F. 23, T. 41. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 19, F. 19, T. 38. — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 15, T. 29. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 4, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale, M. 19, F. 11, T. 30. — Sénilité : M. 15, F. 26, T. 41. — Suicides : M. 14, F. 3, T. 17. — Autres morts violentes : M. 7, F. 5, T. 12. — Autres causes de mort : M. 82, F. 50, T. 132. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 3, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 7. Total : 33. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 15. Total : 36.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE DE LILLE (28 juillet 1899). — (Secrétariat général : Dr COMBEMALE, 128, boulevard de la Liberté). — Le cinquième Congrès français de Médecine tiendra sa prochaine séance, à Lille, le vendredi 28 juillet 1899, sous la présidence du Pr GRASSET (de Montpellier). Les dames, les étudiants en médecine et toutes les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès ; ces membres associés paient une cotisation de 10 francs. Nous vous rappelons que les trois questions proposées sont les suivantes : 1° *Des myocardites.* Rapporteurs : MM. les Prs Renaut (de Lyon) ; Huchard, de l'Académie de Médecine. — 2° *Des adénies et leucémies.* Rapporteurs : MM. les Prs Denis (de Louvain) ; Sabrazès (de Bordeaux). — 3° *L'accoutumance aux médicaments.* Rapporteurs : MM. les Prs Simon (de Nancy) ; Heymans (de Gand). — Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion ou de fonds peuvent être, dès maintenant, adressés au secrétaire général du Congrès ou à M. le Dr Looten, trésorier du Congrès, 1, rue des Molfonds, Lille.

MONUMENT DU Dr O. DU MESNIL. — Les collègues, les élèves, les anciens administrés et les amis personnels du Dr O. du Mesnil, ont manifesté l'intention d'honorer sa mémoire en élevant un monument au Père-Lachaise sur le terrain que la Ville de Paris vient de concéder en « hommage à cet honnête homme, à ce loyal savant ». Une souscription est ouverte dans ce but dès maintenant par un comité composé de MM. Ed. Nocard, membre de l'Académie de Médecine ; A. Tardu, conseiller d'arrondissement de Créteil ; Jules Albert, ancien conseiller municipal du Créteil ; René Renoult, avocat à la Cour d'appel, président de l'Union de la jeunesse républicaine ; Dr Duclos, ancien interne de l'Asile de Vincennes, médecin des musées nationaux. On est prié d'adresser les souscriptions à M. le Dr Duclos, 17, rue d'Odessa, Paris.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Liste d'embarquement des officiers du corps de santé : *Lorient*, M. le médecin en chef Hyades. MM. les médecins principaux : Mercier, Nodier. MM. les médecins de 1re classe : Pourtal, Thamin, Du Bois-Saint-Sevrin.

MÉDECINS DE RÉSERVE ET LA LÉGION D'HONNEUR. — *Extrait du tableau de propositions.* — 1° Proposés antérieurement à 1898 : Pour officier de la Légion d'honneur : MM. Biebuyck, principal de 2e classe ; Desprez, major de 1re classe. Pour chevalier de la Légion d'honneur : MM. Cabasse, major de 2e classe ; Lourties, major de 1re classe ; de Valicourt, major de 2e classe. — 2° Proposés en 1898 : pour officier de la Légion d'honneur : MM. Baudrimont, principal de 2e classe ; Bories, major de 1re classe ; Picqué, major de 1re classe.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899 devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 4 décembre 1899 devant la Faculté de Médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

MÉDECIN MAURE. — En fait d'encouragement à l'exercice illégal de la Médecine, la ville d'Alger détient probablement le record. Depuis bien longtemps, dans un quartier retiré, un prétendu médecin maure, porteur d'une longue barbe blanche, fait de la médecine en n'employant guère que les pointes de feu et les purgatifs à soulager les chevaux. Poursuivi plusieurs fois et condamné aux amendes dérisoires que l'on sait, il a toujours dû à ces poursuites une augmentation de clientèle. C'est, du reste, ce qui avait eu lieu pour ses nombreux prédécesseurs, invariablement maures, barbus, vénérables et achalandés. Jusque-là, direz-vous, rien de bien extraordinaire. Ce qui est plus original, c'est que les cartes de la ville d'Alger mentionnent un chemin ainsi étiqueté : « Chemin conduisant au médecin maure. » (*Bull. méd.* du 6 mai.)

NÉCROLOGIE. — Le *Temps* annonce la mort de M. Édouard MONTAGNE, délégué du Comité de la Société des gens de lettres. Entré de bonne heure à l'Assistance publique, écrivant en ses heures de loisir de nombreuses pièces qui furent jouées à l'Ambigu, au Palais-Royal, à l'Opéra-Comique, ou des romans et ouvrages documentaires qui eurent de nombreuses éditions, M. E. Montagne fut successivement économe, puis directeur de trois hôpitaux. Mis à la retraite en 1877, il fut, en raison de son expérience des choses administratives, élu délégué de la Société des gens de lettres. Chaque année, il avait été réélu. — M. le Dr Marcellin DUVAL, ancien directeur du service de santé de la marine, est mort hier, à Brest, à l'âge de 92 ans, vénéré de ses anciens élèves. Marcellin Duval avait dans la marine la réputation d'un très habile chirurgien ; il était commandeur de la Légion d'honneur. M. Duval a fait, en médecine opératoire, des travaux qui sont restés classiques. — M. Victor CHERBULIEZ, de l'Académie française, vient d'avoir la douleur de perdre son fils, le Dr Cherbuliez, qui s'était installé comme médecin à Sacy, près de la Ferté-sous-Jouarre, après avoir fait de brillantes études à la Faculté de Médecine de Paris. Le Dr Cherbuliez avait su gagner à Sacy les sympathies de tous et sa mort sera unanimement regrettée. Il laisse quatre jeunes enfants. (*Le Temps* du 8 mai). — Notre collègue le Dr LEREBOULLET, membre de l'Académie de Médecine, vient d'avoir la douleur de perdre sa fille aînée, Mlle Marthe Lereboullet, décédée à l'âge de 26 ans. Nous nous associons au deuil qui frappe notre éminent collègue.

Chronique des Hôpitaux.

CLINIQUE TARNIER, 89, rue d'Assas. — M. le Pr P. BUDIN, leçons de clinique obstétricale, les mardis et samedis à 9 heures. Visite des malades tous les jours à 9 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'appareil digestif* : MM. Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux et Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux : samedi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN : maladies mentales et nerveuses, jeudi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. DÉJERINE, leçons cliniques sur les maladies du système nerveux ; le jeudi à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le dimanche à 10 heures du matin : conférence de radiologie (les rayons de Rœntgen, moyens de production, modes d'emploi, applications du diagnostic médical) ; à 10 h. 1/2 : présentation et examen radioscopique des malades.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Leçons sur la diphtérie.* — M. le Dr RICHARDIÈRE, mercredi à 4 heures.

HÔTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de *clinique chirurgicale* le jeudi à 10 heures. Opérations abdominales le mardi. Examen des malades et visite dans les salles le mercredi et le samedi.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux : M. BABINSKI, samedi, 10 h. 1/4.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, [illegible], RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE MÉDICALE : Obstruction du canal cholédoque, par un calcul de cholestérine, par Cornillon. — CLINIQUE CHIRURGICALE : Statistique du service chirurgical de l'hôpital Bichat, par Terrier. — BULLETIN : Le groupe des médecins du Parlement, par J. Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des Sciences*, par Phisalix ; — *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet ; — *Académie de Médecine*, par Plicque ; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir ; — *Société de Chirurgie*, par Rellay ; — *Société de Médecine légale*, par Carrier ; — *Congrès d'ophtalmologie* : Discussion sur le traitement chirurgical de la myopie forte, par Kœnig ; — De quelques paralysies combinées du muscle de l'œil, par Tellier ; — L'hétéroplastie orbitaire, par Valude ; — Fistule congénitale de la cornée, par Terson ; — Lésions ophthalmoscopiques chez les lépreux, par Trantas (compte rendu par Kœnig). — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE : Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie, par Haslé ; — De la médication sulfurée, par Ferras ; — De l'efficacité de l'arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne, par Mabille ; — Traitement de la teigne tondante, par Halder Smith ; — Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par Lyon ; — Traitement de rhumatisme articulaire, par Ballantyne. — BIBLIOGRAPHIE : Les états neurasthéniques, par Gilles de la Tourette ; — Memento-formulaire des médicaments nouveaux, par Soulier. — VARIA : L'hôpital français de Londres ; — La réglementation hygiénique des écoles privées. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas d'obstruction du canal cholédoque par un calcul de cholestérine.

Par le Dr CORNILLON (de Vichy).

La reconnaissance d'un calcul enchatonné dans le canal cholédoque n'est pas toujours facile, même pour les gens les plus exercés. Si, comme dans le cas que nous relatons plus loin, on sent dans la région épigastrique ou à son voisinage, un corps dur, immobile, on a sous le doigt un élément précieux de diagnostic, qui n'est pas pathognomonique cependant, puisqu'un ganglion caséeux et un cancer de la tête du pancréas produisent la même sensation. Il est donc bon d'avoir à sa disposition d'autres signes, parce qu'en éclairant le chirurgien, ils lui tracent sa conduite ; car, dans le cas d'obstruction permanente et complète du cholédoque par un calcul, le principe de l'intervention est absolu, tandis que si elle est due à un néoplasme du pancréas, l'abstention est la règle.

Pic et Bar ont établi que la vésicule ne se comporte pas de la même façon dans tous les cas d'obstruction du canal cholédoque. Courvoisier va plus loin : l'ectasie de la vésicule biliaire, dit-il, est rare dans le cas d'obstruction du cholédoque par calculs, beaucoup plus souvent la vésicule est atrophiée, ratatinée. Dans l'obstruction due à toute autre cause, la dilatation est au contraire la règle.

Terrier est encore plus explicite. S'il s'agit, dit-il, d'un cancer, la vésicule est dilatée ; s'il s'agit de lithiase, elle est atrophiée.

Les Bulletins de la Société de Chirurgie contiennent plusieurs faits de Peyrot, Routier et Reynier, qui consacrent ce principe. D'autre part, Reclus, dans la *Semaine médicale*, et Chappet, dans le *Lyon*, font remarquer que cette loi souffre des exceptions. Dans sa thèse, Couturier publie des observations de Bernard, de Griffon qui paraissent en désaccord avec la formule Courvoisier-Terrier, tandis que Hanot rapporte, dans le *Bulletin médical* du 11 juillet 1894, deux faits concordants qu'il a puisés dans son service hospitalier. Comme celles de Peyrot, Routier et autres, l'observation suivante est confirmative de cette règle.

Obstruction du canal cholédoque par un calcul de cholestérine. Ictère foncé. Coma, délire. mort. Autopsie : atrophie de la vésicule biliaire.

Mlle X..., âgée de 56 ans, ancienne institutrice, originaire du département de l'Aveyron, jouit d'un tempérament robuste et nerveux à l'excès, se traduisant par une sensibilité exquise et maladive.

Antécédents héréditaires : arthritisme.

Antécédents personnels : rien de particulier à signaler.

Douée d'une intelligence remarquable et d'un esprit très cultivé, Mlle X... a toujours été grasse et obèse à partir de 45 ans.

En 1868, elle se rendit à l'île de la Réunion. Un an après son arrivée, elle fut prise de violentes coliques hépatiques avec vomissements bilieux et ictère prononcé. En 1870-1871, accès fréquents dont quelques-uns furent assez aigus pour inspirer de sérieuses craintes au médecin de la famille.

En 1872, retour en France qui se traduit par deux ans d'accalmie.

De 1875 à 1890, Mlle X... a chaque année de fortes crises de colique hépatique surtout pendant l'été. Toutes s'accompagnaient d'ictère, de selles décolorées et de vomissements bilieux. A chacune d'elles se produisaient des attaques de nerfs avec syncope.

Pour combattre les douleurs de la malade, tous les calmants furent passés en revue ; l'injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine pouvait seule lui procurer du soulagement.

A partir de 1890, les crises se sont repétées à intervalles plus rapprochés et ont persisté plus longtemps. Elles éclataient aussi bien l'hiver que l'été, au printemps qu'à l'automne. On en a constaté qui ont duré deux mois avec repos relatif pendant deux ou trois jours.

En 1893, Mlle X... vint à Vichy pour la première fois faire une saison de vingt-cinq jours. A la suite de cette cure, elle éprouva une année de bien-être, quoiqu'elle ne suivit aucun régime et qu'elle n'ait jamais voulu se soumettre à un traitement méthodique quelconque ; le Boldo-Verne étant le seul médicament qu'elle ait consenti à prendre et encore d'une façon très irregulière.

En novembre 1894, les crises recommencèrent et depuis cette époque la malade n'a pas cessé d'être en proie à des souffrances vives et de longue durée. Pour la seconde fois, elle vint faire une saison à Vichy, en aout 1896. A la fin de septembre, elle repartit pour Montpellier. Dès les premiers jours de décembre, les accès revinrent de plus belle, alternant avec une sciatique du côté droit et des douleurs dans les genoux. Ces alternatives de souffrances se continuèrent presque sans interruption jusqu'en août 1897, époque à laquelle elle se rendit à Vichy pour la troisième fois. Dix bains de vapeur térébenthinée la débarrassé-

rent complètement de sa sciatique et de ses douleurs de genoux.

De retour à Montpellier en septembre, les coliques se renouvelèrent en novembre. A partir de janvier 1898, Mlle X... eut une série d'accès qui ne se terminèrent qu'en mai. Son état en mars-avril s'aggrava à tel point qu'on la crut perdue : ictère safrané, selles tout à fait décolorées, vomissements incoercibles, langue sèche et fuligineuse; abattement si profond qu'il lui était impossible de se retourner dans son lit et de prononcer un mot, et enfin, délire. Peu à peu, ces symptômes alarmants se dissipèrent et Mlle X... put revenir à Vichy pour la quatrième fois en juin suivant, n'offrant en fait d'ictère qu'une teinte jaune des conjonctives à peine appréciable. Malgré cette amélioration notable elle mangeait moins qu'auparavant, mais suffisamment pour se soutenir, et sauf une certaine lassitude générale elle se serait crue guérie. Du reste, elle sortait une partie de la journée et même aussi le soir, et cela, sans ressentir trop de fatigue. Trois semaines après son arrivée elle fut prise de sa dernière série de crises; dans le courant de juillet nous fûmes appelé près d'elle en consultation par son médecin, le Dr Léon Raymond.

Grâce à une injection de morphine pratiquée la veille au soir, la malade ne souffrait plus, de telle sorte que notre examen put être aussi complet que possible.

L'abdomen contient quelques gaz mais pas de traces de sérosité. Les parois ne sont dépressibles et douloureuses nulle part, si ce n'est à la région épigastrique en un point situé à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane. En palpant profondément à cet endroit on sent nettement la présence d'un corps dur offrant la forme d'une noisette, mais d'un volume sensiblement supérieur à celle-ci. La région épigastrique n'est ni empâtée, ni tuméfiée; il en est de même de celle de l'hypocondre gauche; la rate a ses dimensions normales.

Dans l'hypocondre droit, on constate que le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes et que ses diamètres verticaux ne sont ni accrus ni diminués. Quant à la vésicule biliaire, loin d'être apparente sous la paroi abdominale, elle n'est même pas appréciable à la palpation.

La masse intestinale est sensible quand on appuie profondément; mais nulle part il n'existe de péritonite localisée.

Quant à la peau, elle est d'un teint jaune foncé et les urines présentent la couleur du laudanum; les matières fécales qu'on a conservées, sont plutôt molles que dures; leur couleur rappelle celle du mastic de vitrier.

Pas de démangeaisons. Rien dans les poumons ni au cœur.

Appétit nul; la malade rend tous les aliments ou remèdes qu'on lui offre. Néanmoins la langue est bonne, le pouls est à 80, et la température axillaire 36°,7.

Des renseignements que j'ai recueillis, il résulte que Mlle X... souffre constamment de la région épigastrique avec plus ou moins d'acuité, mais que quand ses coliques se déclarent, elles partent de l'épigastre, gagnent rapidement les flancs et le dos puis s'étendent dans tout le ventre où elles stationnent longtemps. Ces crises paroxystiques s'accompagnent ou sont suivies pendant plusieurs jours de vomissements, bilieux le plus souvent, muqueux parfois.

Elles se terminent habituellement par des attaques de nerfs caractérisées par des pleurs, des crampes tétanisantes de la jambe et du bras droits et des syncopes.

Bien qu'on n'ait jamais rencontré de concrétions biliaires dans les selles, même après les accès les plus aigus et les plus longs, nous portâmes le diagnostic d'obstruction du canal cholédoque par un calcul de cholestérine.

Je revins quelques jours après et constatai que l'état était resté stationnaire; je dis alors à mon confrère que peut-être le calcul finirait par déboucher dans l'intestin, mais que ce n'était pas certain, et qu'une opération chirurgicale seule pourrait rétablir sûrement le cours de la bile et dissiper les accidents dus à sa rétention. Il ne tarda pas à se ranger à cet avis; et le soir même il en parla à la malade qui rejeta bien loin cette idée, sur un ton qui ne prêtait pas à la réplique. Cependant les jours suivants il y revint et essuya constamment les mêmes refus. Mlle X... avait triomphé si souvent de crises semblables qu'elle pensait en triompher encore; malheureusement la suite allait prouver qu'il y a une limite à tout.

Pendant tout le mois d'août les coliques furent si violentes qu'on était obligé de lui faire plusieurs fois par jour des injections de morphine. Des accidents d'un autre ordre se déclarèrent; de temps à autre elle ressentait des douleurs d'une acuité extrême au niveau de la nuque. Les vomissements qui en juin étaient le plus souvent bilieux, étaient devenus muqueux à partir de juillet, et conservèrent ce caractère jusqu'à la fin. Fréquemment Mlle X... fut prise de délire et quatre fois elle tomba dans le coma, que l'on combattit avec succès au moyen des injections de sérum artificiel.

Je me rendis près de la malade une troisième et quatrième fois, et plus, et constatai qu'à chaque visite son état devenait de plus en plus mauvais : la langue était sèche, noirâtre, le pouls fréquent, filiforme, l'abattement extrême. Tout annonçait une fin prochaine, et elle eut lieu le 10 septembre.

Quelques jours avant sa mort, Mlle X... ayant manifesté le désir qu'on fît son autopsie afin qu'on sût exactement quelle était la cause de ces souffrances dont la durée avait été de trente ans, nous la pratiquâmes le lendemain matin.

L'ouverture de la cavité abdominale ne donne issue qu'à une très faible quantité de sérosité transparente.

Les intestins ne sont ni enflammés, ni même congestionnés dans aucune partie de leur étendue. Foie plutôt petit que gros : sa surface présente une coloration jaune pâle, entrecoupée de plaques violacées à intervalle variable. Pas d'adhérences avec les organes voisins, pas de péri-hépatite. L'estomac est vide; pas de traces appréciables d'altération.

On ne constate aucun engorgement ganglionnaire, aucun néoplasme dans l'épiploon gastro-hépatique ou à son voisinage : le pancréas est sain. A une petite distance du duodénum on sent un corps dur, immobile; une incision pratiquée en ce point donne issue à un calcul brunâtre de forme irrégulièrement sphérique. Son poids est de 2 gr. 125, son volume 2 cc., son plus grand diamètre est de 12 millimètres, son plus petit de 9. Ce calcul est composé en majeure partie de cholestérine; à la coupe il présente quatre couches concentriques de coloration et d'épaisseur diverses. Les parois du cholédoque d'où sort ce corps étranger sont manifestement épaissies à cet endroit.

La vésicule biliaire est si atrophiée qu'on ne peut la rencontrer qu'après de longues recherches. Elle ne renferme dans sa cavité que des quantités insignifiantes de bile et pas de concrétions.

A propos de cette observation il y a quelques remarques à faire. Le calcul que nous avons extrait *post mortem* du cholédoque de Mlle X..., s'était arrêté à l'endroit le plus étroit et le moins contractile de ce canal et s'il n'a pu arriver jusqu'à l'ampoule de Vater, c'est à cause de sa forme irrégulière plutôt qu'à cause de sa grosseur et de son poids. Maintes fois, en effet, les malades nous montrent des produits de ce genre tout aussi volumineux et tout aussi consistants que celui-ci, et qu'ils ont réussi à évacuer après quelques jours de souffrances.

Dans le cas que nous relatons, l'atrophie de la vésicule biliaire est manifeste et donne entièrement raison à Courvoisier-Terrier. Si l'état général de la malade et les commémoratifs permettaient d'éliminer comme causes de la compression de l'extrémité du cholédoque, un ganglion caséeux ou un carcinome de la tête du pancréas, on n'a pas toujours affaire dans la pratique à des exemples aussi nets. L'atrophie de la vésicule dans la lithiase, sa dilatation dans le cancer, constituent donc des signes de la plus haute importance.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'Hôpital Bichat (*Service des consultations et service hospitalier*) pendant l'année 1898 (*suite*) (1).

Par **Félix TERRIER**,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat, Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

2e Série : IX : 1898.

B. — Statistique des opérations faites a l'hopital Bichat pendant l'année 1898, avec l'aide de mon assistant, M. le Dr H. Hartmann, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Médecine, et de MM. Cunéo, Guillemin et Gosset, internes du service.

1° Opérations pratiquées sur les yeux et les paupières.
(20 opérations. — 0 mort.)

7 cataractes séniles. Extraction avec iridectomie. — 6 guérisons, 1 insuccès.
1 cataracte traumatique. Extraction linéaire. — 1 guérison.
3 iridectomies optiques pour leucomes. — 3 guérisons.
3 iridectomies pour glaucome aigu. — 3 guérisons.
1 sclérotomie pour glaucome simple. — 1 guérison.
1 ptose paralytique. Opération de Parinaud. — 1 amélioration.
1 corps étranger intra-oculaire. Extraction avec l'electro-aimant de Hirschberg. Atrophie ultérieure du globe. — 1 guerison opératoire.
1 énucléation pour glaucome hémorragique. — 1 guérison.
1 plaie pénétrante de la sclérotique. Suture. — 1 guérison.
1 extirpation de tumeur congénitale de la paupière supérieure et de la région temporo-frontale. — 1 guérison.

2° Opérations sur le crâne et la face.
(58 opérations. — 0 mort.)

12 plaies de tête, sutures. — 12 guérisons.
1 plaie région temporale. — 1 guérison.
8 suppurations péri-maxillaires : 5 périostites, 3 adéno-phlegmons. — 8 guérisons.
1 angine de Ludwig. — 1 guérison.
3 ostéites nécrosantes du maxillaire inférieur. Ablations de séquestres. — 3 guérisons.
1 ostéite fistuleuse du malaire. Curettage. — 1 guérison.
1 ostéite bacillaire du pariétal gauche. Grattage. — 1 guérison.
2 abcès dentaires. Incisions. — 2 guérisons.
1 cicatrice vicieuse de la joue consécutive à des abcès dentaires. Excision. Suture. — 1 guérison.
1 adénite bacillaire parotidienne. Incision. — 1 guérison.
1 sinusite frontale. Trépanation. — 1 guérison.
1 enfoncement du frontal gauche. Trépanation. — 1 guérison.
1 palatoplastie. — 1 guérison.
2 épulis. Ablation. — 2 guérisons.
1 kyste sébacé cuir chevelu. Ablation. — 1 guérison.
2 fractures maxillaire inférieur. Sutures. — 2 guérisons.
1 sarcome du cuir chevelu. Ablation. — 1 guérison.
1 épithélioma de la région temporale. Ablation. — 1 guérison.
2 épithéliomas de la lèvre inférieure. Ablation. — 2 guérisons.
1 épithélioma de la face. Ablation. — 1 guérison.
1 épithélioma greffé sur un nævus pigmentaire de la racine du nez. Ablation. — 1 guérison.
1 angio-fibrome de la région frontale et de la paupière supérieure droite. Ablation. — 1 guérison.
1 cancroïde de la lèvre. Ablation. — 1 guérison.
2 épithéliomas de la joue. Ablation. — 1 guérison.
1 cancroïde cutané (lèvre et menton). Curettage. — Etat stationnaire.
1 myringotomie. Otite suppurée. — 1 guérison.
1 [illegible] fistule mastoïdienne. — 1 guérison.
[illegible] évidements pétro-mastoïdiens pour surdité. — 3 améliorations. 2 résultats nuls pour la surdité et aggravation des douleurs et paralysie faciale dans un cas.
1 mastoïdite. Trépanation. — En traitement.

3° Opérations sur le cou.
(2[illegible] opérations. — 0 mort.)

10 phlegmons du cou. Incisions. — 10 guérisons.
1 anthrax de la nuque. Incision au thermocautère. — 1 guérison.
11 adénites bacillaires. Ablation. — 10 guérisons. 1 amélioration.
1 adéno-phlegmon sus-claviculaire. Incision. — 1 guérison.
1 abcès froid [illegible] d'origine sternale. Incision. — 1 guérison.
1 abcès froid rétro-pharyngien. Incision. — 1 guérison.
1 corps étranger œsophage. Œsophagotomie externe. — 1 guérison.
1 épithélioma de la glande sous-maxillaire. Ablation. — 1 guérison.
1 kyste du corps thyroïde. Extirpation. — 1 guérison.
1 goitre. Enucléation. — 1 guérison.

4° Opérations sur le thorax et la colonne vertébrale.
([illegible] opérations. — 3 morts.)

5 plaies du thorax. Sutures. — 5 guérisons.
2 phlegmons sous pectoraux. Incisions. — 2 guérisons.
2 abcès froids du thorax. Incision. Curettage. — 2 guérisons.
3 abcès froids avec lésions costales. Résection de côtes. — 3 guérisons.
1 Empyème. Pleurésie à streptocoques. — Actuellement en traitement.
1 fistule pleurale. Opér. d'Estlander. — 1 mort.
1 pleurésie purulente. Pleurotomie. — 1 mort.
1 abcès dorsal. Mal de Pott. Incision. Grattage. — 1 amélioration.
1 kyste dermoïde suppuré région lombaire. Extirpation. — 1 guérison.
12 ablations de sein pour cancer. — 11 guérisons. 1 mort.
2 abcès du sein. Incision. — 2 guérisons.
1 sarcome du thorax. Résection des 4e, 5e, 6e cartilages costaux. Ablation. — 1 guérison.
1 sarcome de la région dorsale. Ablation. — 1 guérison.
1 abcès froid de la partie postérieure du thorax et de la région sacro-iliaque postérieure. Ponction. Injection d'éther iodoformé. — 1 guérison.

5° Opérations sur l'abdomen.
(195 opérations. — 29 morts.)

52 cures opératoires de hernies inguinales (dont 1 double et 1 avec ectopie testiculaire, castration). — 51 guérisons. 1 mort.
9 cures opératoires de hernies crurales. — 9 guérisons.
4 cures opératoires de hernies de la ligne blanche. — 4 guérisons.
5 cures opératoires de hernies ombilicales. — 5 guérisons.
4 hernies inguinales étranglées. — 3 guérisons. 1 mort.
8 hernies crurales étranglées. — 7 guérisons. 1 mort.
3 hernies ombilicales étranglées. — 3 guérisons.
12 gastro-entérostomies. — 8 guérisons. 4 morts.
9 gastrectomies. — 5 guérisons. 4 morts.
1 pyloroplastie. — 1 guérison.
1 gastropexie. — 1 guérison.
1 laparotomie pour ulcère perforé de l'estomac. — 1 mort.
2 jéjunostomies. — 2 guérisons opératoires. (1 survie de 1 mois, 1 survie de 20 jours.)
2 entéro-anastomoses. — 1 guérison. 1 mort.
1 entéro-anastomose avec extirpation du cæcum et de trajets fistuleux [illegible]. — 1 guérison.
1 fistule intestinale. Laparotomie. — 1 guérison.
1 laparotomie pour 2 kystes hydatiques du péritoine. — 1 guérison.
5 kystes hydatiques du foie. — 2 guérisons. 2 en traitement. 1 mort.
6 cholécystites calculeuses. — 6 guérisons.
1 hépatopexie. — 1 guérison.
1 abcès du foie. Incision. — En traitement.
1 appendicite avec péritonite généralisée. — 1 mort.
2 appendicites aiguës (collection enkystée). — 1 guérison. 1 en traitement.
14 appendicectomies à froid. — 14 guérisons.
4 laparotomies pour plaies pénétrantes de l'abdomen :
3 par coup de couteau. — 2 guérisons. 1 mort.
1 par balle de revolver. — 1 guérison.
6 laparotomies pour contusion de l'abdomen :
3 ruptures du foie. — 2 guérisons. 1 mort.
2 ruptures de l'intestin grêle. — 2 morts.
1 rupture de l'artère mésentérique. — 1 mort.
5 laparotomies exploratrices :
1 pour cancer de l'estomac. — 1 guérison.
1 pour tumeur du pancréas. — 1 guérison.
1 pour cancer recto-sigmoïde. — 1 mort.
1 pour cirrhose hypertrophique. — 1 mort.
1 pour [illegible] du foie. — 1 guérison.
4 [illegible] — 2 guérisons. 2 morts.
6 anus iliaques. — 5 guérisons. 1 mort.
1 colopexie pour prolapsus du colon. — 1 guérison opératoire.
1 laparotomie pour péritonite tuberculeuse. — 1 guérison.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 12.

2 laparotomies pour péritonites suppurées. — 1 guérison. 1 en traitement.
1 laparotomie pour phlegmon du ligament large ouvert dans l'abdomen. — 1 mort.
1 lipome paroi abdominale. Ablation. — 1 guérison.
1 tuberculose du pubis. Grattage. — Etat stationnaire.
1 phlegmon région ombilicale. Incision. — 1 guérison.
1 abcès paroi abdominale. Incision. — 1 guérison.
11 curettages de fistules abdominales chez d'anciens opérés. Dilatations, extraction de fils. — 11 guérisons.
1 fistule consécutive à une cure radicale de hernie crurale. Curettage. Ablation de fils. — 1 guérison.
1 occlusion intestinale. Laparatomie. — 1 mort.
1 abcès froid de la paroi abdominale. Ponction. Injection d'éther iodoformé. Ouverture spontanée de l'abcès dans l'intestin. — 1 mort.

6° *Opérations sur l'anus et le rectum.*
(61 opérations. — 2 morts.)

10 abcès de la marge de l'anus. Incisions. — 10 guérisons.
4 phlegmons péri-rectaux. Incision. — 4 guérisons.
18 fistules anales. Incision. — 18 guérisons.
2 ulcérations tuberculeuses de l'anus. Grattage. — 2 guérisons.
9 dilatations de l'anus. 8 fissures, 1 hémorroïde fluente. — 9 guérisons.
16 ablations d'hémorrhoïdes. — 14 guérisons. 1 en traitement. 1 mort.
1 rétrécissement du rectum. Excision partielle et rectotomie combinées. — 1 guérison.
1 ablation abdomino-périnéale du rectum. — 1 mort.
1 ablation périnéale d'un cancer du rectum. — 1 guérison.

7° *Opérations sur les organes génitaux de la femme.*
(173 opérations. — 17 morts.)

23 ablations bilatérales des annexes pour lésions suppurées. — 19 guérisons. 4 morts.
4 ablations bilatérales des annexes pour lésions non suppurées. — 3 guérisons. 1 mort.
9 ablations unilatérales pour lésions suppurées. — 9 guérisons.
3 ablations unilatérales pour lésions non suppurées. — 3 guérisons.
3 laparotomies pour lésions légères, libération d'adhérences, ignipuncture. — 3 guérisons.
7 hématocèles. — 6 guérisons. 1 mort.
2 inondations péritonéales, ruptures de grossesses tubaires. — 2 morts.
33 hystérectomies abdominales :
- 7 hystérectomies totales pour salpingites doubles suppurées. — 6 guérisons. 1 mort.
- 5 hystérectomies sus-vaginales pour salpingites suppurées. — 5 guérisons.
- 5 hystérectomies totales pour fibromes. — 4 guérisons. 1 mort.
- 10 hystérectomies sus-vaginales pour fibromes. — 9 guérisons. 1 mort.
- [illegible] hystérectomies totales pour épithélioma. — 4 guérisons. 1 mort.
- 1 hystérectomie sus-vaginale pour tumeur cancéreuse des deux ovaires et de l'utérus. — 1 mort.

8 ov[illegible]tomies pour kystes de l'ovaire. — 6 guérisons. 2 morts.
4 hys[illegible]pexies dont 2 avec castration. — 4 guérisons.
1 ra[illegible] intra-abdominal des ligaments ronds. — 1 guérison.
41 curettages :
- [illegible] pour [illegible] de l'utérus. — [illegible] guérisons.
- 21 pour [illegible] infectée après avortement. — 21 guérisons.
- 1 pour [illegible] placentaire avec infection. — 1 mort.
- 6 pour [illegible] hémorragique. — 6 guérisons.
- 7 pour [illegible]. — 7 guérisons.
- 1 pour placenta prævia. — 1 guérison.

[illegible] amputation du col. — 8 guérisons. 1 mort.
[illegible] amputation du col et périnéorraphie. — 4 guérisons.
[illegible] pour [illegible] et prolapsus. — 7 guérisons.
[illegible] Débridement et dilatation. — 1 guérison.
[illegible] polypes [illegible] dans le vagin. Torsion. — 1 guérison.
1 [illegible] vaginales. — 1 guérison
1 [illegible] la [illegible]. Incision. — 1 guérison
4 col[illegible] pour suppurations pelviennes — [illegible].
3 bartholinites. Excision. — [illegible] guérisons.
1 hystérectomie vaginale pour cancer. — 1 guérison.

8° *Opérations sur les organes génitaux de l'homme.*
(22 opérations. — 0 mort.)

2 hématomes des bourses (1 suppuré). — 2 guérisons.
8 hydrocèles; cure opératoire. — 8 guérisons.
1 hydrocèle, ponction, injection iodée. — 1 guérison.
1 hydro-hématocèle. Ponction. — 1 guérison.
4 curettages pour abcès tuberculeux du testicule. — 4 guérisons.
1 cowpérite blennorrhagique. Incision. — 1 guérison.
1 gomme tuberculeuse du périnée. Incision. — 1 guérison.
1 résection de varicocèle. — 1 guérison.
3 phimosis. — 3 guérisons.

9° *Opérations sur les voies urinaires.*
(24 opérations. — 2 morts.)

2 abcès périnéphrétiques. Incision. — 2 guérisons.
2 néphrotomies. Anurie calculeuse. — 2 guérisons.
1 néphrectomie. — 1 guérison.
1 fracture du bassin. Lésions de l'appareil urinaire. Taille hypogastrique. Cathétérisme rétrograde. — 1 mort.
4 infiltrations d'urine. Débridements multiples. — 4 guérisons.
10 urétrotomies internes. — 9 guérisons. 1 mort.
3 abcès urineux. Incisions. — 3 guérisons.
1 hypospadias. — 1 guérison.

10° *Opérations sur les membres supérieurs.*
(35 opérations. — 0 mort.)

2 adéno-phlegmons axillaires. Incision. — 2 guérisons.
1 abcès lymphangitique du bras. Incision. — 1 guérison.
4 adénites axillaires. Ablation. — 4 guérisons.
1 adéno-phlegmon du bras. Incision. — 1 guérison.
1 hygroma suppuré du coude. Incision. — 1 guérison.
1 phlegmon, avant-bras et bras. Incision. — 1 guérison.
1 abcès lymphangitique du poignet. Incision. — 1 guérison.
10 phlegmons de la main. Incisions. — 9 guérisons. 1 en traitement.
2 panaris. Incision. — 2 guérisons.
1 plaie des doigts par engrenage. Désarticulation de 4 doigts. — 1 guérison.
1 ostéite bacillaire de la tête humérale. Grattage. — 1 amélioration.
1 abcès froid du bras. Grattage. — 1 guérison.
1 ostéite du poignet avec kyste à grains riziformes. Résection du poignet. Excision du kyste. — 1 guérison.
1 ostéite bacillaire du radius. Grattage. — Etat stationnaire.
1 ostéo-arthrite du coude. Résection. — 1 guérison.
1 lipome du bras. Ablation. — 1 guérison.
5 sections tendineuses. Suture. — 5 guérisons.

11° *Opérations sur les membres inférieurs.*
(83 opérations. — 1 mort.)

1 abcès de la fesse. Incision. — 1 guérison.
3 phlegmons diffus, jambe et cuisse. Incisions multiples. — 3 guérisons.
1 abcès froid de la crête iliaque. Incision. — 1 guérison.
3 adéno-phlegmons de l'aine. Incision. — 3 guérisons.
2 adéno-phlegmons du creux poplité. Incision. — 2 guérisons.
1 phlegmon de la cuisse. — En traitement.
1 anthrax de la cuisse. Incision. — 1 guérison.
2 hygromas suppurés. Incision. — 2 guérisons.
1 phlegmon de la plante. Incision. — 1 guérison.
1 ostéite tuberculeuse suppurée du tarse. Incision. Curettage. — 1 amélioration.
1 ostéite tuberculeuse suppurée du cou-de-pied et du genou. Incision. — 1 amélioration.
7 adénites tuberculeuses inguinales. 3 incisions. 4 ablations. 7 guérisons.
1 arthrite blennorrhagique. Arthrotomie. — 1 amélioration.
1 hémarthrose. Ponction. — En traitement.
1 bacillose du fémur. Curettage. — 1 amélioration.
7 arthrotomies. 4 hémarthroses. 3 hydarthroses. — 7 guérisons.
1 lipome arborescent du genou. Arthrotomie. Excision. — 1 guérison.
6 résections du genou. — [illegible] guérisons. 2 amputés secondairement. 1 en traitement.
2 ostéotomies supra-condyliennes (genu valgum). — 2 guérisons.
2 amputations de cuisse. — 2 guérisons.
1 amputation de jambe (ostéo-arthrite bacillaire tibio-tarsienne) — 1 guérison.
1 cerclage de rotule. — 1 guérison.
3 fractures de rotule. Sutures. — 3 guérisons.
1 lipome de la cuisse. Ablation. — 1 guérison.
1 anévrysme poplité. Extirpation. — 1 guérison.
1 lupus ulcéré du cou-de-pied. Curettage. — 1 guérison.
4 ongles incarnés. — 4 guérisons.
2 désarticulations du genou. — 1 guérison. 1 en traitement.

1 abcès froid abdomino-crural. Injections. Curettage. — Mort.
1 ostéomyélite aiguë du calcanéum. Trépanation. — En traitement.
5 ostéomyélites prolongées. Trépanation. Evidement osseux. — 5 guérisons.
2 bacilloses du fémur. Grattage. — Amélioration.
1 pied creux. Incisions tendineuses et de l'aponévrose plantaire. — En traitement.
1 pied plat. Opération d'Ogston. — 1 guérison.
2 kystes de la patte d'oie. Extirpation. — 2 guérisons.
1 kyste creux poplité. Extirpation. — 1 guérison.
2 coxalgies suppurées. Incision. — Etat stationnaire.
3 plaies, cuisse, plante du pied. Sutures. — 3 guérisons.
1 fracture vicieusement consolidée. Ostéotomie.— 1 guérison.
3 fractures compliquées du tibia. Sutures osseuses. — 2 guérisons. 1 en traitement.

Exposé des causes de mort. — Une opération d'Estlander (fistule pleurale), mort le dix-neuvième jour. Autopsie : symphyse cardiaque, sclérose pulmonaire (Hartmann).

Une pleurotomie pour pleurésie purulente, mort dans les 24 heures. Autopsie : épanchement dans le péricarde (A. Guillemain).

Une ablation du sein pour cancer, mort le quatrième jour de broncho-pneumonie (J. Guillemin).

Une ablation abdomino-périnéale du rectum, mort en 48 heures de septicémie suraiguë (Quénu).

Une ablation d'hémorroïdes; septicémie, mort au sixième jour (Hartmann).

Un malade atteint de contusions multiples avec fracture du bassin, lésions de l'appareil urinaire, chez lequel on pratiqua la taille hypogastrique, meurt dans les 24 heures. Anurie Hartmann).

Une urétrotomie interne. Anurie, mort dans les 24 heures (Gosset).

Un abcès froid abdomino-crural, mort cinq semaines après de cachexie (Hartmann),

Les 195 opérations sur l'abdomen donnent 29 morts : Une cure opératoire de hernie inguinale, mort 5 jours après d'occlusion intestinale (J. Guillemin). Une hernie inguinale étranglée, opérée le septième jour, mort 2 heures après (Gosset). Une hernie crurale étranglée, opérée le cinquième jour, mort le lendemain (Gosset).

12 gastro-entérostomies ont donné 4 morts : Une au bout de 4 jours. Diarrhée profuse (Hartmann). Une au bout de 6 jours. Carcinose prévertébrale, lésions rénales, œdème pulmonaire Hartmann). Une mort 2 heures après l'opération. Cachexie très avancée (Hartmann). Une mort après 7 jours. Tuberculose pulmonaire chronique avec poussée aiguë (Hartmann).

9 gastrectomies ont donné 4 morts : Deux morts de péritonite le troisième jour (Terrier, Hartmann). Une le jour même, épuisé par suite d'hématémèses (Hartmann). Une au bout de 48 heures : Gastrectomie presque totale, septicémie péritonéale, troubles cardiaques (Hartmann).

Un ulcère perforé de l'estomac, mort en 48 heures (Hartmann).

Une entéro-anastomose pour néoplasme de l'angle du côlon, mort au quatrième jour de péritonite (Hartmann).

Une appendicite avec péritonite généralisée, mort au bout de 36 heures (Terrier).

Un kyste hydatique ponctionné par M. Terrier. Suppuration du kyste. Opéré ultérieurement par M. Hartmann, mort au cinquième jour de septicémie.

3 laparotomies pour plaies pénétrantes ont donné une mort. Une plaie de l'intestin, sutures (J. Guillemin), mort du chloroforme (?).

6 laparotomies pour contusions de l'abdomen ont donné 2 morts : dans un cas, ruptures multiples du foie, mort d'hémorragie 8 heures après l'opération (Gosset). Dans le second cas, rupture de l'artère mésentérique, mort 2 jours après (Gosset).

Une laparotomie exploratrice (cancer recto-sigmoïde), mort immédiate par choc (Hartmann).

Une laparotomie exploratrice (cirrhose hypertrophique), mort au troisième jour (Terrier).

2 anus cæcaux pour occlusion datant de 11 et de 8 jours : l'un, mort de péritonite (Gosset); l'autre de congestion pulmonaire (Hartmann).

Un anus iliaque, mort le neuvième jour. Cachexie, carcinose généralisée (Cunéo).

Phlegmon du ligament large ouvert dans l'abdomen. Laparotomie, mort 6 heures après l'opération (Cunéo).

Une occlusion intestinale (chez un opéré de hernie étranglée, 5 jours auparavant) (Hartmann).

Un abcès par congestion. Ponction. Injection d'éther iodoformé. Ouverture de l'abcès dans l'intestin, mort de cachexie.

Les 176 opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme ont donné 17 morts : 3 ablations bilatérales des annexes pour lésions suppurées, mort 24 heures après l'opération. Septicémie péritonéale (Terrier). Une mort le huitième jour. Péritonite suppurée (Terrier). Une ablation bilatérale pour lésions non suppurées, mort par hémorragie (Terrier). 2 inondations péritonéales, une mort au troisième jour, péritonite (Thiéry); une mort au deuxième jour, péritonite (Gosset). Une hématocèle, mort le deuxième jour, septicémie (Terrier). Une hystérectomie abdominale totale pour salpingite suppurée, mort de péritonite (Hartmann). Une hystérectomie abdominale totale pour fibrome, mort au bout de 48 heures. Pas d'autopsie (Terrier). Une hystérectomie sus-vaginale pour fibrome. Péritonite (Terrier). Une hystérectomie abdominale totale pour épithélioma, mort au cinquième jour, péritonite (Terrier). Une hystérectomie sus-vaginale pour tumeur cancéreuse des deux ovaires et de l'utérus, mort de péritonite (Hartmann). 2 kystes de l'ovaire : Une mort le troisième jour, congestion pulmonaire et péritonite (Terrier). Un mort le onzième jour (femme de 70 ans). Pneumonie, escarre sacrée (Terrier). Un curettage : Rétention placentaire, chez une femme ayant fait un avortement 8 jours avant son arrivée à l'hôpital. Continuation des accidents septiques, mort le troisième jour après le curettage (J. Guillemin). Un curettage avec amputation du col, mort au sixième jour ; à l'autopsie, on constate la gangrène d'un segment du côlon transverse (Fredet).

Résumé des opérations selon les régions :

	Opérations.	Guérisons.	Morts.
1° Sur les yeux et les paupières. .	20	19	0
2° Sur le crane et la face.	58	56	0
3° Sur le cou.	29	29	0
4° Sur le thorax et la colonne vertébrale.	34	31	3
5° Sur l'abdomen.	195	160	29
6° Sur l'anus et le rectum	61	58	2
7° Sur les organes génitaux de la femme	173	156	17
8° Sur les organes génitaux de l'homme.	22	22	0
9° Sur les voies urinaires	24	22	2
10° Sur les membres supérieurs. . .	35	33	0
11° Sur les membres inférieurs. . .	83	76	1
	734	462 (1)	54

Ces 734 opérations ont donné 54 morts, soit en bloc 7,36 0/0.

(1) 18 malades sont en traitement ou n'ont pas été améliorés.

Tableau indiquant les causes de mort :

A. — *Morts rapides* (Choc).
Pleurotomie. Epanchement péricardique.
Hernie inguinale étranglée opérée le septième jour. Choc. 24 heures après.
Hernie crurale étranglée opérée le sixième jour. Choc. 24 heures après.
Gastro-entérostomie. Cachexie. Choc 24 heures après.
2 laparatomies : Cancer. Choc. Immédiate. — Cirrhose. Choc Rapide.

B. — *Complications survenues après l'opération.*
a) *Complications pulmonaires* :
a) Pneumonie. Cancer du sein au quatrième jour. — Kyste ovarique au onzième jour.
b) Œdème pulmonaire. Carcinose généralisée et Gastro-entérostomie au sixième jour.
c) Congestion pulmonaire. Anus cæcal. — Cancer intestin.
d) Tuberculose pulmonaire. Gastro-entérostomie au septième jour.
b) *Complications abdominales.*
1 Occlusion intestinale. Cure radicale de hernie inguinale au cinquième jour de l'opération.
1 Gangrène de l'intestin (colon transverse). Curettage et amputation du col.
1 Diarrhée profuse. Gastro-entérostomie, au quatrième jour.
c) *Complications rénales.*
2 Anurie. Fracture du bassin et rupture de l'urètre. Taille. — Rétrécissement. Uretrotomie interne. Lésions très avancée de néphrite.

C. — *Persistance d'accidents antérieurs à l'opération.*
Opération d'Estlander. Fistule pleurale. Cachexie.
Septicémie puerpérale Curettage au troisième jour. Septicémie.
Ulcère perforant de l'estomac. Péritonite. Laparotomie. Deuxième jour.
Péritonite, appendicite et péritonite généralisée. Laparotomie.
Phlegmon suppuré du ligament large, ouvert dans l'abdomen. Laparotomie. Mort après 6 heures
2 inondations péritonéales (Hématocèles rupturés). Laparotomie. Morts, épuisement ou péritonite (deuxième et troisième jours).

D. — *Accidents septiques à la suite de l'opération.*
Septicémie aiguë
Ablation abdomino-péritonéale du rectum.
Ablation d'hémorroïdes.
Hématocèle due à une grossesse extra-utérine. Ablation des annexes par laparotomie. Mort en 48 heures.
3 lésions suppurées des annexes. Laparotomie. Ablation. Mort en 24 heures.
Septicémie chronique. Cachexie.
Abcès froid abdomino-crural 5 semaines après l'ouverture.
Anus iliaque. Carcinose généralisée. Mort au neuvième jour.
Péritonites.
2 gastrectomies. Au troisième jour.
1 Entéro-anastomose pour cancer du colon. Au sixième jour.
1 kyste hydatique [illegible]. Ouverture. Au cinquième jour.
1 anus [illegible] (48 heures)
1 annexite [illegible]. Ablation [illegible] laparotomie. Mort au [illegible].
1 hystérectomie abdominale totale pour salpingite suppurée (mort au [illegible] jour).
1 hystérectomie abdominale totale pour fibrome (mort en 48 heures).
1 hystérectomie abdominale totale pour cancer (au cinquième jour).
1 hystérectomie abdominale [illegible]-vaginale pour cancer utérus et ovaire.
1 hystérectomie abdominale [illegible]-vaginale pour fibrome
1 kyste ovarique. Au troisième jour

E. — *Accidents hémorragiques*
1 ablation [illegible] des annexes. Hémorragie par ligature insuffisante.
1 gastrectomie. H[illegible]. Épuisé. Dans les 24 heures
1 rupture du foie. Hémorragie. Mort 8 heures après.
1 rupture de [illegible]. Laparotomie. Épuisement. Mort en [illegible] heures.

F. — [illegible]
Plaie de l'intestin. Laparotomie et suture. Mort.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le groupe des médecins du Parlement.

Les médecins députés et sénateurs, à la demande des syndicats médicaux et après un banquet qui leur fut récemment offert par le syndicat des médecins de la Seine, se sont constitués en groupe, sous la présidence de M. le sénateur Cornil. Ce groupe a tenu sa première séance le vendredi 12 mai, à 1 h. 1/2, au Palais-Bourbon. Une délégation des syndicats médicaux dont nous avons eu l'honneur de faire partie et qui comprenait en outre MM. les Drs Paul Richard et Louis Gourichon, avait été convoquée à cette réunion.

Quoi qu'en pensent certains confrères, ce n'est que par l'intervention des législateurs que la situation sociale des praticiens pourra s'améliorer et personne ne peut prendre en mains les intérêts médicaux avec plus de compétence et de conviction que les médecins faisant partie du Parlement.

Nous avons pu, du reste, nous rendre rapidement compte, à la réunion du 12 mai, des excellentes intentions du groupe médical. Plus de trente sénateurs ou députés assistaient à la séance. Le bureau, composé de M. le sénateur Cornil, président, et de MM. les députés Pédebidou et Lachaud, secrétaires, a été maintenu par acclamation et le groupe s'est immédiatement occupé des questions les plus urgentes qui intéressent la profession médicale.

La *Loi sur les accidents du travail* a tout d'abord donné lieu à une discussion. M. Cornil a nettement exposé ce qu'il y avait dans cette loi d'inique pour le médecin et les difficultés nombreuses que rencontrerait le gouvernement dans sa très prochaine application. D'ici quelques mois, un nouveau projet sera déposé pour remédier aux vices de la loi nouvelle et M. Chapuis, membre de la Commission de Prévoyance sociale, qui étudie ce projet, aura mission de faire modifier le deuxième paragraphe de l'article 4 qui indique la base de rémunération du médecin quand il est choisi par la victime. Il proposera de remplacer les mots : « tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite » par « tarif ordinaire de la région ». Enfin pour éviter toute équivoque, M. Chapuis demandera qu'à l'article 29 qui ordonne la gratuité des procès-verbaux, certificats, etc., il soit fait une addition indiquant que les certificats médicaux ne sont pas compris dans cette énumération.

M. Cornil a ensuite soumis à l'examen du groupe le projet de loi de M. Cruppi sur l'*Expertise médico-légale contradictoire*. Ce projet a été unanimement approuvé dans son principe. En cas de désaccord entre les experts, le groupe préfère que le cas soit soumis à une commission de super-arbitres qu'à un tiers arbitre tiré au sort sur quatre noms (deux désignés par le ministère public et deux par l'accusé) comme le demande le projet Cruppi. Nous avons alors fait remarquer à nos confrères qu'il était peu libéral d'obliger l'accusé de choisir son expert dans une liste de médecins dressée d'avance par les magistrats. L'accusé doit avoir le droit de choisir son expert parmi tous les médecins, comme il a le droit de choisir son défenseur parmi tous

les avocats ; il a intérêt à s'enquérir de la compétence spéciale de son expert et ce dernier a toujours le droit de se récuser s'il ne juge pouvoir remplir convenablement cette mission. M. Cornil a approuvé cette manière de voir et a cité à l'appui un exemple personnel. M. Levraud, député, qui partage ces idées sur l'expertise contradictoire, a promis de déposer un amendement donnant à l'accusé la plus grande liberté dans le choix de son expert.

D'autres questions très importantes ont été encore examinées tour à tour. Parmi elles signalons l'encombrement de la profession médicale qui soulève une foule d'autres questions qui s'y lient étroitement (le service militaire des étudiants en médecine, la création des nouvelles Facultés et Ecoles de Médecine, par exemple), sur lesquelles nos confrères du Parlement sont loin de s'entendre ; mais ce ne sera que dans un avenir éloigné que l'on pourra faire quelques tentatives pour arriver à une solution satisfaisante. Sur la proposition de M. Chevillon, il a été aussi décidé de s'occuper de la réglementation nouvelle des *médecins de la marine marchande* pour lesquels, outre le diplôme de docteur, l'Administration exige un certificat de médecin sanitaire. Nous avons pu sur ce point renseigner nos confrères du Parlement, ayant tenté jadis, en vain, de faire prendre en considération une protestation du syndicat des médecins de Marseille qui considérait la nouvelle mesure comme portant atteinte au privilège du diplôme de docteur en Médecine. Nous savons bien que le Gouvernement a eu pour but de remédier à l'étrange façon dont certaines compagnies de transports maritimes assuraient le service médical de leurs paquebots, parfois avec des étudiants ou des gens qui n'avaient du médecin que la casquette et les appointements ridicules, mais nous pensons qu'il n'était pas besoin de créer un nouveau certificat pour changer cet état de choses et qu'en tous cas, l'administration avait eu tort de donner à la mesure qu'elle a cru devoir prendre un effet rétroactif. Certains vieux médecins ont été ainsi obligés de faire des études bactériologiques pénibles et coûteuses pour obtenir dans un délai de deux ans le certificat sans lequel leur position était brisée.

La séance a été levée après une longue discussion, et chacun de nous a emporté l'impression que les médecins du Parlement prenaient à cœur la défense des intérêts médicaux ; nous sommes persuadés qu'ils peuvent beaucoup s'ils veulent s'en donner la peine, mais, comme ils ne suffisent pas à former une majorité, il faut que chacun leur vienne en aide en sollicitant dans chaque région l'appui des autres membres du Parlement. Ce n'est pas tout de gémir sur les misères de la profession médicale, il faut tâcher d'y remédier et mettre en œuvre le proverbe : « Aide-toi, le Ciel t'aidera. » J. Noir.

L'Auvergne médicale. — Le troisième banquet de la Société amicale l'*Auvergne médicale*, a eu lieu le 6 mai à 7 h. 1/2, chez Marguery, sous la présidence de M. le Dr Devins, député de la Haute-Loire, assisté de M. le Pr Chantemesse et de M. Ch. Souligoux, chirurgien des hôpitaux. Citons parmi les convives : MM. Hugon, député du Cantal ; Verdier, Joal, Verrières, Courtade, Kœnig, J. Noir, Baraduc, Fredet père, Fredet fils, Gaillard, Hamonic, Sersiron, Faucillon, etc., etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er mai 1899.

Traitement électrique de la goutte.

M. Th. Guilloz donne un traitement électrique de la goutte qui consiste en un transport électrolytique de lithium au niveau des jointures atteintes et dans l'application des courants de haute fréquence par auto-conduction. L'action thérapeutique est locale et générale. Celle-ci est due aux courants d'auto-conduction, mais aussi à l'*action propre du courant continu intense* et de longue durée qui sert de conducteur au médicament. Les accès traités dans leur période aiguë avortent rapidement sans laisser de reliquats après leur disparition. Les empâtements articulaires chroniques se dissipent après un nombre de séances variant de 4 à 30, à moins qu'il n'existe simultanément de l'ostéité chronique. Ce traitement modifie encore l'état général des goutteux chroniques en diminuant la durée et l'acuité des accès.

Sur les causes et les variations de la rigidité cadavérique.

MM. Lacassagne et Martin considèrent la rigidité comme le premier terme de la désagrégation de la cellule musculaire. Elle survient nécessairement dans un muscle privé de circulation et soumis aux lois de la pesanteur qui produisent la déshydratation de la cellule musculaire et la précipitation des matières albuminoïdes. L'ordre d'envahissement de la rigidité a jusqu'ici paru systématisé sur les cadavres humains observés la plupart du temps dans le décubitus dorsal. Mais on peut modifier l'apparition et le développement de la rigidité par des changements d'attitude ou des injections de liquides déshydratants dans les vaisseaux. Il en est de même lorsqu'il y a eu saignée à blanc, mort sous l'influence de la chaleur extérieure ou par surmenage, c'est-à-dire dans toutes les conditions qui donnent lieu à une deshydratation précoce du tissu musculaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 mai 1899. — Présidence de M. Bouchard.

M. Laborde a obtenu dans quatre cas de crises comitiales traitées par le *bromure de strontium* de 4 à 10 grammes des résultats remarquables ; il n'a pas constaté l'intolérance si fréquente avec le bromure de potassium.

M. Babinski a obtenu la *contractilité des muscles striés après la mort*, surtout manifeste sur les muscles de la face chez l'homme pendant la deuxième heure après la mort. A ce moment l'excitabilité directe est abolie et la contractilité faradique est très diminuée ; à ce moment la contractilité électrique a une grande analogie avec celle qui est consécutive à la dégénérescence des nerfs.

MM. Marfan et Bertrand ont étudié la muqueuse de l'intestin chez l'animal sain aussitôt après la mort ; *il n'y a pas de microbes*. Ceux-ci très abondants dans le contenu intestinal ne franchissent pas l'épithélium de la surface et ne pénètrent pas dans la lumière des glandes ; 24 heures après la mort, la muqueuse reste encore indemne ; seulement aux embouchures des glandes on voit des amas de microbes. La presence des microbes dans l'épaisseur de la muqueuse et dans les glandes implique l'existence d'un état pathologique.

M. Théohari décrit des filaments basaux dans les cellules principales de la muqueuse gastrique pendant la digestion. C'est dans cette zone basale (vue dans l'estomac du chien) que se trouve le noyau ; ces filaments donnent pendant la digestion des granulations acidophiles ; ces dernières représentent le ferment figure sécrété par les cellules principales.

M. Morard. — Les matières minérales sont éliminées

en quantité considérable chez les tuberculeux. Quelle est l'influence de ces corps sur l'évolution de la tuberculose. En injectant à des cobayes tuberculisés des petites proportions de sels minéraux on a obtenu des survies, mais pas de cicatrisation.

M. Carrière (de Lille) établit que le *curare* introduit dans le tube digestif est modifié par les sécrétions qu'il y rencontre.

MM. Richet et Langlois ont étudié les *modifications de volume de l'air dans la respiration en vase clos*, ils présentent des graphiques intéressants.

M. d'Arsonval expose un procédé rapide pour obtenir la *mesure de la surface du corps* en chargeant statiquement la surface du corps et mesurant la capacité électrique.

M. Manuelian a étudié les *fibres grimpantes dans le cervelet* ; ces fibres sont des cylindres-axes.

M. Leprince étudie la *sérothérapie du rouget du porc*.

M. Abelous envoie un travail sur la présence dans l'organisme animal d'un *ferment soluble décomposant l'eau oxygénée*.

M. Loisel étudie la *spermatogenèse des oiseaux*.

Séance du 13 mai 1899. — Présidence de M. Bouchard.

MM. Macé et Etienne (de Nancy) ont observé une *fièvre typhoïde anormale* où s'est révelée une infection différente. La fièvre typhoide s'est déclarée sans période prodromique, d'une gravité immédiate, avec adynamie profonde et deux éruptions pétéchiales, une au début disparaissant pour laisser la place aux taches rosées, et une dès le quatorzième jour ; au quinzième jour, melœna, volumineux bubons ganglionnaires; le vingt et unième jour, mort avec signes de perforation intestinale. A l'autopsie, lésions de la dothiénentérie avec perforation intestinale au-dessus de la valvule iléocæcale et péritonite suppurée. Le pouvoir agglutinant, nul au quatrième jour, est à 30 au neuvième, à 50 au douzième; enfin dès le quatrième jour, le sang recueilli dans une veine donne de très petites colonies d'un bacille non décrit.

M. Guillain, sur les conseils de M. Pierre Marie, étudie les *voies lymphatiques de la moelle* ; il a injecté dans le cordon postérieur d'un chien une solution d'encre de Chine; le chien a vécu cinq jours. Sur des coupes, il a retrouvé les granulations d'encre dans le cordon postérieur et se prolongeant jusque dans la substance grise vers le canal épendymaire très élargi. Il n'y avait aucune granulation dans les cordons antéro-latéraux. Sur le cadavre de l'homme, cette injection du cordon postérieur s'est faite sur un trajet de plusieurs centimètres avec la pie-mère. En piquant le cordon postérieur aussi près que possible d'une racine, l'injection d'encre a suivi la substance grise, unilatéralement, sur une largeur de plusieurs centimètres.

Il semble, par ces premières expériences, qu'il y a peut être dans la moelle des espaces lymphatiques systématisés. On peut objecter que ce sont des espaces de tissu conjonctif, mais d'après M. Ranvier, il y a de grandes analogies entre les espaces lymphatiques et conjonctifs. Ces recherches, qui peuvent avoir de l'importance sur les localisations, seront continuées.

MM. Gilbert et Castaigne rapportent deux cas où le volume de la rate n'était pas augmenté malgré l'existence révélée à l'autopsie, d'une cirrhose hypertrophique biliaire.

M. Toulouse mesure l'acuité de l'odorat par l'emploi du camphre dissous au 1/1.000e dans l'eau, puis divisé par 10 cette solution qu'il met dans des flacons semblables bouchés à l'émeri, ce qui lui constitue un clavier. On doit rechercher : 1° *le minimum de sensation* mesuré par la solution camphrée la plus faible où il perçoit une odeur qu'il ne peut définir : 2° *le minimum de perception*, indiquée par la plus faible solution dont le sujet apprécie l'odeur.

MM. Toulouse et Raschide ont fait des recherches comparatives de l'olfaction chez l'homme et la femme sur 37 infirmiers et 41 infirmières de 21 à 36 ans. Les femmes ont donné une supériorité, tant sur la recherche du minimum de sensation, du minimum de perception et des fausses sensations. Presque tous les infirmiers sont des fumeurs, mais l'expérience comparative entre ceux qui fumaient et ceux qui ne fumaient pas, n'a pas donné à ceux-ci une supériorité.

MM. Courmont et Doyon. n'ont obtenu avec les injections sous-cutanées d'acide phénique dans le traitement du tétanos par la méthode de Baccelli, de résultat positif.

M. Branco fait une communication sur la chromatolyse.

MM. Charrin et Guillemonat ont observé que chez les nouveau-nés issus de générateurs malades, la croissance est lente et irrégulière, de 3 à 15 gr. au lieu de 25 à 40 gr. ; la température reste au-dessous de la normale ; de plus les oxydations sont incomplètes, livrent des composés toxiques, mis en lumière par l'analyse des urines.

MM. Sabrazès et Ubry (de Bordeaux) ont vu, chez un chien nouveau-né, microcéphale, quasi anencéphale, une malformation médullaire, une tumeur angiomateuse endo et épicranienne, avec arrêt de développement de l'œil, exophtalmie, absence de cristallin, d'iris, de chambre antérieure, de fissure palatine, etc. L'encéphale est représenté par un petit amas de tissu angiomateux; tous les nerfs craniens et rachidiens sont individualisés ; ce chien a tété et marché et est mort à 30 heures. Ces monstruosités sont sans doute dues à des adhérences de l'amnios à l'extrémité céphalique.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mai 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Les instituteurs et la vaccine.

M. Hervieux signale la propagande de plus en plus grande faite par les instituteurs en faveur de la vaccine et ses excellents résultats.

Les ptoses viscérales.

Après avoir montré l'importance et la fréquence de ces ptoses, M. Glénard démontre que la gastroptose doit être distinguée de la dilatation de l'estomac, qu'il existe une stenose chronique de l'intestin impliquant un trouble fonctionnel et un abaissement que le rein mobile avec néphroptose est irresponsable des symptomes qui l'accompagnent et qui sont d'origine gastro-intestinale. L'hepatoptose classique est une hypertrophie du foie, mais il existe aussi une hépatoptose vraie, dont le diagnostic ne peut se faire qu'en employant les moyens d'investigation signalés par M. Glénard. Cette hepatoptose implique une déviation fonctionnelle du foie. Le processus pathogénique de l'entéroptose la rapproche des affections par troubles de la nutrition ou de certaines dyspepsies, des névropathies et des maladies classiques du foie.

Genu valgum de croissance.

M. Lucas-Championnière montre un geant chez lequel l'accroissement de taille s'est fait surtout après la puberté. En entrant au service militaire sa taille était de 1 m. 89 ; quand il quitta le regiment, trois ans après, il mesurait 1 m. 94. Depuis, c'est-à-dire en quatre ans, il a gagné encore 9 centimètres. Cet accroissement s'est fait comme chez l'enfant, c'est-à-dire par à-coups et souvent avec fièvre. La même constatation a été faite chez les grands animaux par M. Saint-Yves Ménard dans sa thèse de doctorat. Le phénomène le plus curieux c'est que dans le dernier grandissement s'est produit un genu valgum. C'est là une donnée importante au point de vue de la pathogenie de cette affection que l'on tend a rapporter exclusivement au rachitisme.

A.-F. Plicque.

Séance du 16 mai 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Les plaies pénétrantes de poitrine.

M. Championnière présente un cas de plaie pénétrante de poitrine par arme à feu avec épanchement de sang. L'immobilisation absolue, la diète ont, malgré l'extrême gravité du cas, donné la guérison. Des blessés moins sérieusement atteints succombent au contraire à la suite de mouvements, de transport, d'explorations intempestives. La règle du traitement de ces plaies peut donc se résumer ainsi :

Le principal danger est l'hémorragie pulmonaire, contre laquelle on luttera par l'immobilisation absolue du corps, du larynx et de la bouche. On évitera le transport du blessé, qui sera soigné sur place ; on lui interdira toute conversation, toute émotion. On lui défendra même de tousser et de cracher. Le malade ne sera déplacé pour l'auscultation qu'autant que celle-ci sera absolument nécessaire. Il sera maintenu dans la position assise plutôt que dans la position couchée, qui a pour inconvénient d'augmenter l'anxiété respiratoire et la toux.

Un certain nombre de mesures sont encore utiles. Le blessé sera mis à la diète hydrique, et ne prendra que des boissons froides en petite quantité. Cette diète sera prolongée le plus longtemps possible. L'évacuation intestinale, étant fort utile, sera pratiquée dès que le sujet pourra être soulevé. Enfin les injections de sérum artificiel à doses modérées (200 à 400 grammes par jour) sont absolument indiquées.

Contre les accidents nerveux dus à l'irritation des terminaisons nerveuses du pneumogastrique par l'épanchement pleural, on emploiera les injections de morphine.

Les accidents infectieux secondaires sont rares. Ils ne nécessitent pas une intervention préventive. On se contentera donc de désinfecter la plaie, sans la sonder et sans l'explorer, et de la recouvrir d'un pansement antiseptique en pratiquant un léger tamponnement. Le lavage de la plèvre ne doit jamais être fait ; loin d'empêcher la suppuration, il peut au contraire la provoquer. Enfin la thoracentèse et l'évacuation de l'épanchement sanguin, même après quelques jours, est dangereuse, car elle peut être suivie d'une reproduction rapide de l'épanchement.

L'acide vannadique et ses composés.

M. Franck présente un travail de M. Laran montrant l'utilité de l'acide vannadique et de ses sels dans la chlorose, l'anémie, la tuberculose. Les recherches cliniques ont été complétées par d'intéressantes recherches expérimentales faites par M. Hallion.

Nouveaux phonographes et téléphones.

M. Laborde présente un dispositif de M. Dussaud augmentant l'action sonore de ces appareils.

Malformation génitale chez la femme.

M. Barette, au cours d'une laparotomie, a constaté des ovaires sains avec absence de col, de corps utérin et de vagin.

La dentition chez les nourrissons.

M. Ledé signale le retard de la dentition chez les enfants sevrés trop tôt et élevés artificiellement. Quand une nourrice a à la fois deux nourrissons, celui à qui elle réserve le plus de lait, c'est-à-dire son enfant, a en général le premier ses dents. A.-F. Plicque.

Mort d'un médecin de la marine. — Les agissements des noirs de la Côte-d'Ivoire, dans la région du Cavally ont nécessité l'intervention de nos troupes. Le 3 avril, le lieutenant Boutard s'emparait d'Olhdouda. Quelques jours après, le capitaine [illegible] prenait Ollodio. Au cours de l'opération, un tirailleur fut tué et deux officiers légèrement blessés. Malheureusement le Dr Lethinois, qui se trouvait en arrière-garde, était surpris après la prise du village, dans une embuscade et tué d'une balle à bout portant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mai 1899. — Présidence de M. le Pr Raymond.

Pneumonie compliquée de méningite cérébro-spinale, guérison.

M. Rendu a soigné une petite fille de six ans qui, au neuvième jour d'une pneumonie, a été atteinte de méningite cérébro-spinale qui a guéri. Ce résultat semble être dû aux bains chauds et aux injections de sérum. Il n'y a pas eu d'examen du liquide céphalo-rachidien, mais tout porte à penser qu'il s'agissait du pneumocoque.

M. Galliard a observé un cas de méningite cérébro-spinale à marche foudroyante, chez un adulte, pris brusquement, en pleine santé, et qui succomba en vingt-quatre heures. A l'autopsie on n'a constaté que des lésions de méningite.

M. Netter préfère les bains chauds aux bains froids en pareils cas. Il les a employés avec succès dans trois cas de pneumonie avec accidents de méningite cérébro-spinale. Ces trois cas se sont terminés par la guérison.

M. Sevestre recommande aussi les bains chauds.

Abcès sous-phrénique.

M. Béclère a soigné un malade qui présentait tous les matins d'importantes vomiques. L'examen radioscopique a permis de constater une zone mate ou opaque au-dessus du foie avant les vomiques, tandis qu'après, cette zone devient transparente ; en même temps la matité est remplacée par du tympanisme. M. Béclère finit par démontrer que ces variations dans le résultat de l'examen radioscopique tenaient à l'heure de l'examen et à la lésion du malade. M. Béclère est convaincu que le malade est porteur d'un abcès sous-phrénique qui communique avec les bronches. Cet abcès, que le malade vide tous les matins par une vomique, se remplit ensuite de gaz et devient transparent à la radioscopie, tandis que, lorsque le pus s'y est accumulé, il est opaque. L'origine de cet abcès semble être gastrique. Le malade, alcoolique, a dû avoir, à la suite d'une gastrite ulcéreuse, une petite perforation de l'estomac ; puis cette perforation s'est sans doute cicatrisée, laissant l'abcès évoluer isolément et finalement perforer le diaphragme et s'ouvrir dans les bronches. M. Béclère pense qu'une intervention est indiquée et il ne doute pas de l'excellence du résultat ; l'état général du malade qu'il présente semble, du reste, très bon. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1899. — Présidence de M. Pozzi

Traitement de la tuberculose testiculaire.

M. Félizet a eu recours depuis quinze ans à un procédé de *castration prépérinéale*, qui a l'avantage de respecter le scrotum et d'éviter toute cicatrice sur cette enveloppe. Le procédé consiste à refouler le testicule en arrière vers le périnée ; une incision de 2 centimètres pour les enfants est pratiquée à égale distance du raphé médian et du pli génito-crural. Le testicule, refoulé par la main gauche, vient bomber au niveau de cette incision, par laquelle il s'énuclée. Il est alors attiré en bas et une pince à pression est placée sur le cordon assez haut, près de l'orifice inguinal externe. Un coup de ciseau détache le testicule. L'opération dure à peine une minute, sans verser un gramme de sang. On retire les pinces au bout de 48 h. M. Félizet se propose de simplifier encore l'opération en supprimant les pinces à demeure et en appliquant la méthode de broiement de Doyen pour assurer l'hémostase. Quand il existe une ulcération scrotale, le même procédé convient ; mais il faut d'abord circonscrire l'ulcère par une incision circulaire, de façon à mobiliser l'organe ; cette incision scrotale est ensuite suturée par quelques fils et se cicatrise en même temps que la plaie périnéale.

M. Quénu est d'avis qu'il faut intervenir dans la tuberculose génitale, mais qu'on doit s'efforcer de conserver le testicule, dont les réflexes et les sécrétions internes doivent être pris en considération. La conduite à tenir doit d'ailleurs varier suivant qu'il s'agit de lésions [illegible] ou de lésions subaiguës. Quand on a affaire à des noyaux disséminés dans l'épididyme et le canal déférent, il faut aller les ouvrir et les toucher au

chlorure de zinc. Si l'épididyme est infiltré, il sera réséqué. Dans les lésions subaiguës, on se bornera à l'ouverture des abcès et à la cautérisation au fer rouge ou à l'eau bouillante. La castration doit être réservée aux cas rares où le testicule est entièrement envahi.

M. NIMIER conteste l'utilité des interventions radicales dirigées contre la tuberculose génitale. C'est qu'il est, en effet, très rare de voir la tuberculose du testicule exister comme seule manifestation de l'infection tuberculeuse; le plus souvent un examen clinique approfondi fait découvrir quelque foyer de tuberculose viscerale ; dès lors il n'y a pas de raison pour recourir à la castration , comme à un moyen destiné à préserver l'économie. A l'appui de cette manière de voir, M. Nimier rapporte le cas d'un militaire présentant de l'hydrocèle avec un simple noyau dans l'épididyme ; mais les deux sommets présentaient des signes d'induration, résultat d'une ancienne bronchite. On l'opère ; on pratique l'excision de la vaginale. Trois semaines après, le malade meurt avec des lésions de méningite et de pneumonie caséeuse d'un lobe du poumon droit.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, après avoir essayé sans succès la castration, est devenu depuis très conservateur. Le testicule a un rôle général trop important pour être sacrifié.

M. RECLUS se déclare résolument conservateur. Il n'opère que s'il y a suppuration. Suivant l'étendue des lésions, il fait l'opération partielle ou totale. Il recommande l'épididectomie faite à la cocaïne. Quant au fongus, il ne faut pas l'abraser, car il est constitué par le testicule même.

M. QUÉNU pense que le fongus peut être constitué par des masses fongueuses autres que le testicule même.

M. RECLUS ne nie pas l'existence du fongus vrai, mais répète que, le plus souvent, le fongus est le testicule hernié.

Trépanation pour mastoïdite.

M. BROCA rapporte une observation de M. Delanglade ayant trait à un enfant, qui, à la suite d'une otite aiguë, présenta un abcès mastoïdien avec phlébite des sinus. La trépanation donna issue au pus de l'abcès; mais les symptômes s'aggravant, M. Delanglade dut réséquer une portion de la mastoïde et put ainsi appliquer des pansements humides sur la veine. Guérison.

Présentations.

M SCHWARTZ montre une malade, chez qui il a pratiqué il y a six mois une gastrectomie pour cancer.

M. MONOD montre des calculs biliaires au nombre de 934, qu'il a retirés de la vésicule d'une femme de 71 ans.

P. RELLAY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 8 mai 1899. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Des expertises médico-légales.
(Examen du projet de loi de M. J. Cruppi.)

M. LEREDU expose à la Société les grandes lignes du projet de loi de M. Cruppi, qui consiste à réglementer, par voie législative, les expertises médico-légales. Depuis longtemps ce projet de loi préoccupait les esprits et le besoin de réformes sérieuses se faisait sentir. Déja en 1884 M. le Pr Brouardel, dans un rapport à la Société exposait ses idées sur les expertises médico légales, idées qui furent reprises plus tard par M. Guillot, dans une brochure qu'il fit paraître sur ce sujet.

M CRUPPI emprunte à ces documents une innovation, « *l'expertise contradictoire* » Elle consiste en la nomination de deux experts, l'un requis par le magistrat, l'autre choisi par le prévenu Trois points importants se détachent de l'exposé de M. Leredu : 1° Comment seront choisis les experts ? 2° Comment fonctionneront ils ? 3° Que fera-t-on en cas de diversité d'opinions ? Jusqu'à présent les experts sont choisis par les magistrats instructeurs sur une liste préparée chaque année. Cela suffit-il ? Telle n'est pas l'opinion de M Cruppi, qui trouve le rapport du [illegible]1 novembre 1893, sur le choix des experts, tout à fait insuffisant, et qui demande la création d'une liste d'experts beaucoup plus longue, comprenant un grand nombre de noms devant y figurer de droit. Cette liste serait faite non seulement par les tribunaux, mais aussi par les Facultés, d'où l'urgence de voir donner plus d'extension aux études médico-légales, afin qu'on puisse former pour la province de véritables médecins légistes. Parmi les membres figurant de droit sur les listes se trouvent dans les centres d'enseignement, les professeurs, les agrégés, les médecins d'hôpitaux et d'asiles d'aliénés et les membres de certains corps savants. C'est dans cette liste que seraient pris les deux experts, tel que les veut la loi Cruppi. Sur ce point M. Leredu est en divergence d'opinion avec M. Cruppi. Il demande qu'on laisse une plus grande liberté à la défense, en ne l'obligeant pas à prendre son expert dans la liste. Elle devrait avoir toute latitude dans son choix.

Comment travailleront ces *deux experts* ? Dans un premier projet, il était dit, que le deuxième expert ne viendrait que contrôler le travail du premier. M. Cruppi rejette absolument cette idée et demande au contraire, que les deux experts travaillent ensemble, qu'ils aient les mêmes droits, qu'en un mot tout leur travail soit fait en commun. En outre, le co-expert doit être nommé dans les 48 heures. Ce laps de temps paraît un peu long à M. Leredu, pour certaines affaires médico-légales qui demandent à être étudiées de suite, sous peine de laisser s'effacer de précieux indices. Pour parer à cet inconvénient, M. Cruppi nomme un expert provisoire qui pourra aider le juge d'instruction de son expérience et remettre ensuite son expertise aux experts définitifs.

Dans les cas où il y aura divergence d'opinions entre les deux experts, comment agira-t-on ? Tout en faisant remarquer que les divergences d'opinions seront rares, si les deux experts travaillent en commun, M. Cruppi propose de désigner un troisième expert. Dans son rapport, M. le Pr Brouardel demandait la création d'un tribunal de super-arbitres pareils à ceux qui fonctionnent à l'étranger. M. Leredu accepte cette création qui aura peut-être pour effet de faire cesser toutes discussions scientifiques devant le jury, discussions qui se renouvellent trop souvent et qui sans être utiles à la science ou à l'accusé, leur sont plutôt nuisibles et produisent en général le plus fâcheux effet. Il souhaite de voir arriver la loi de M. Cruppi, qui amènera sur ce point comme sur bien d'autres de précieuses modifications.

M. VALLON approuve absolument la formation d'une liste d'experts, choisie par le tribunal et les Facultés. Il rejette la trop grande liberté que M. Leredu voudrait laisser à la défense. Le prévenu pouvant choisir un expert quelconque, il se créerait des spécialistes en irresponsabilité quand même bientôt connus des criminels, et qui ne feraient que rendre impossible l'œuvre de la justice. Il désapprouve aussi la formation d'un tribunal de super-arbitres, façon de Haute-Cour à idées doctrinales hors desquelles il n'y aurait point de salut. Il approuve complètement la nomination d'un troisième expert, comme le veut la loi de M. Cruppi.

M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE est partisan de l'extension des études médico-légales dans les Facultés de Médecine et de Droit, il demanderait même la création d'un diplôme d'expert. Il rejette le co-expert demandé par l'accusé lui-même, qui sera toujours entaché de partialité et porté à se faire l'avocat de son client; si deux experts doivent être nommés il désirerait que tous les deux fussent nommés par le magistrat. Au point de vue de l'arbitre, il se rallierait volontiers à l'idée d'un tribunal de super-arbitres, à la condition qu'il ne fonctionne que dans les cas où la peine de mort serait applicable, car on ne saurait alors jamais trop s'entourer de précautions. Ce tribunal pourrait désigner lui-même un troisième expert.

M. ROCHER trouve que le projet Cruppi mérite mieux qu'une discussion au pied levé. Il demande la nomination d'une commission, qui l'étudiera avec soin et viendra ensuite devant la Société avec des conclusions fermes qui seront discutées. Les résolutions prises pourront ensuite être officiellement transmises aux pouvoirs compétents.

CARRIER.

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE.

Session de mai 1899.

Suite de la discussion du rapport de M. Pflüeger sur le traitement chirurgical de la myopie forte.

M. Koenig. — Sans vouloir soulever une question de priorité, il me sera permis de rappeler que j'ai proposé avec mon collaborateur M. Ruiz, l'extraction du cristallin transparent comme traitement de la myopie progressive. (*Recueil d'ophtalmologie*, avril 1888) C'est l'année suivante que les résultats des premières opérations furent connus. Je n'avais pas, il est vrai, à cette époque déjà lointaine, sanctionné par l'expérience les théories que j'émettais pour justifier l'intervention chirurgicale. Néanmoins, je faisais un pressant appel en faveur de l'intervention après avoir développé toute une argumentation mettant en valeur les causes de l'évolution de la myopie. La question est aujourd'hui nettement posée, et il n'est pas un oculiste qui ne suive avec intérêt le mouvement qui se produit en faveur du traitement opératoire de la myopie. Cependant les malades ne se soumettent pas facilement à l'opération, et il faut attendre une plus complète vulgarisation pour établir des statistiques nombreuses. Mes opérations sont au nombre de trois seulement, j'ai fait une fois l'extraction linéaire simple, et deux fois l'extraction à lambeau.

L'acuité visuelle a été grandement améliorée et dans un cas où il existait de la scléro-choroïdite postérieure, je n'ai pas vu celle-ci augmenter dans la suite. Il n'y a eu aucune complication opératoire. La plupart des opérateurs font la kératotomie supérieure. Nous préférons la kératotomie inférieure parce qu'elle facilite singulièrement l'extraction du cristallin et parce qu'elle offre un moindre danger pour l'issue du corps vitré. Chez quelques malades indociles, présentant un blépharospasme très gênant, la section de la cornée, en haut, expose à des accidents. Les contractions spasmodiques des paupières peuvent faire entrebâiller les lèvres de la plaie et déterminer une issue brusque du corps vitré. L'intervention sur le segment inférieur de la cornée nécessite l'élévation du globe de l'œil et dans cette position, on est à l'abri des mouvements réflexes. Cette sécurité opératoire s'explique sans doute par des conditions physiques qui rendent le corps vitré plus stable. Les masses cristalliniennes peuvent être extraites très facilement dans cette position de l'œil.

On ne saurait s'en tenir à une méthode exclusive, et nous affirmons de nouveau que l'extraction linéaire simple et l'extraction à lambeau s'imposent comme des procédés de choix, la première jusqu'à 30 ans, la seconde passé cet âge et quand on suppose l'existence d'un noyau. Ainsi que je le disais au Congrès d'ophtalmologie en 1896, il faut surtout s'attacher à diminuer le traumatisme opératoire. Les interventions répétées ne peuvent qu'être préjudiciables à un œil opéré, d'autant plus que les malades ne s'y prêtent pas volontiers. On connaît le mauvais effet moral sur les malades d'une seconde opération que nécessitent les opacités secondaires dans la cataracte ordinaire. A plus forte raison, le myope sera peu enclin à se soumettre à des opérations répétées. La discision est une opération dangereuse, elle expose à des cyclites, à des obstructions pupillaires quand elle est répétée. La transparence des masses cristalliniennes rend leur expulsion totale très difficile et le nettoyage de la chambre antérieure est illusoire. J'ai tenté d'obtenir leur opacification en injectant sous la capsule antérieure une goutte d'une solution de fluorescéine dont le pouvoir colorant est considérable. Le cristallin a été immédiatement imprégné et l'extraction a été des plus faciles. Ce procédé a été jusqu'à présent purement expérimental, mais je me propose d'en faire prochainement l'essai, car je suis convaincu de son utilité pratique. Maintenant, faudra-t-il un laps de temps aussi long que le pense M. de Wecker pour juger définitivement le sort de ce traitement chirurgical de la myopie ? Oui, peut-être en ce qui concerne l'influence sur l'évolution de la myopie, mais pour l'acuité visuelle, il n'est pas douteux que l'augmentation soit certaine. C'est un fait définitivement acquis par les statistiques actuelles.

De quelques paralysies combinées des muscles de l'œil. Paralysie des mouvements d'élévation et d'abaissement des deux côtés avec intégrité des mouvements de latéralité. Paralysie de la convergence.

M. Teillais (de Nantes). — Les paralysies des muscles de l'œil constituent un symptôme fréquent des maladies cérébrales, mais il en est parmi elles qui par leur rareté et leur complexité méritent un plus grand intérêt. Je veux parler des paralysies combinées des muscles de l'œil, d'origine centrale, ou plutôt de la paralysie des mouvements associés des yeux dont un malade vient de m'offrir un remarquable exemple. Ce n'est pas à vrai dire, un type unique, cependant si on en trouve un petit nombre de cas s'en rapprochant, il n'en est aucun qui lui soit absolument semblable. Le malade dont la santé était parfaite en apparence, le 21 juin dernier, tomba tout à coup dans le coma avec une perte absolue de connaissance. Pendant un mois il resta inconscient sans présenter aucune trace de paralysie des membres, ni de la face ; la langue n'était pas déviée. Le premier jour seulement, il lui était impossible de relever complètement les deux paupières, symptôme qui disparut le lendemain Les troubles oculaires dataient donc de quatre mois quand il se présenta à la clinique. Pendant le premier mois de l'affection, l'état mental du malade l'avait empêché de s'en rendre compte, et comme il tenait les yeux constamment fermés, son entourage s'était borné à remarquer qu'il louchait un peu. La diplopie fut, en effet, le premier symptôme qu'il accusa, dès qu'il eut recouvré le sentiment. Elle fut du reste, elle-même, une très courte durée et lors du premier examen, il n'y avait aucune trace de strabisme, la vision double avait complètement disparu. Ce qui frappait au premier abord, c'était l'attitude du malade, tenant invariablement la tête droite avec une rigidité singulière, les yeux fixés vers l'horizon et courant plutôt qu'il ne marchait vers les objets qu'il paraissait avoir visés.

Il ne voyait bien, disait-il, qu'en maintenant cette position et je ne tardai pas à me l'expliquer en constatant une paralysie complète du mouvement d'élévation et d'abaissement, avec l'intégrité absolue des mouvements de latéralite. La paralysie des mouvements verticaux est entière pour les deux yeux qui, ensemble ou isolément, ne dépassent ni l'un ni l'autre l'horizontale. Les paupières fonctionnent normalement. J'ai dit qu'il n'avait pas de strabisme ; il se produit un strabisme divergent, quand il s'agit de fixer un objet rapproché, ce qui résulte de la paralysie de la convergence. En effet, le mouvement de la convergence est absolument nul, tandis que les mouvements latéraux ont conservé toute leur amplitude. Les pupilles, qui ont un volume égal, réagissent facilement sous l'action de la lumière. L'examen ophtalmoscopique ne dénote aucune lésion du fond de l'œil. Il n'y a ni amblyopie ni dyschromatopsie. Le champ visuel est normal des deux côtés, avec + 2,75 V — 3/4 Je me suis assuré aussi que le malade chez qui la convergence sur la ligne mediane fait défaut, jouissait de la convergence dans les mouvements de latéralité ou du moins qu'il possédait la vision binoculaire quand il regardait un objet place latéralement. En somme, nous avons affaire à une paralysie complète des droits supérieur et inférieur, du grand oblique et de la convergence des deux côtés, avec la conservation des mouvements de lateralite et l'intégrité des muscles intrinsèques.

Telles sont les manifestations oculaires que j'ai constatées dès le début et que rien n'est venu modifier. On peut donc dire que l'état des yeux est resté stationnaire. Il n'en est pas de même de la santé générale du malade qui a fait de grands pas vers le ramollissement. Quant à l'étiologie, le diabète et la syphilis peuvent être incriminés. Mais quel est le diagnostic de la localisation? C'est un problème difficile à résoudre. D'après l'analyse des symptomes, bien que ce soit discutable, il y a des présomptions pour que la paralysie soit d'origine nucléaire.

L'Hétéroplastie orbitaire

M. Valude — Sous le nom d'hétéroplastie orbitaire il faut entendre la transplantation d'une sphère organique ou inorganique à la place du globe oculaire énucléé. Cette opération

qui est indiquée après l'énucléation, ne doit pas être confondue avec l'opération de Mules qui succède à l'éviscération du globe. Depuis deux ans que nous avons dirigé nos recherches vers ce sujet nous avons recueilli quelques faits cliniques et plusieurs observations expérimentales d'opérations d'hétéroplastie orbitaire pratiquées sur des lapins. Nous avons essayé la transplantation chez le lapin de sphères d'éponge, de charbon, d'os vivant ou mort (tête de fémur fraîche ou bouillie d'un jeune chien), de bourre de soie entourée de fils de catgut. Le meilleur résultat, encore qu'il soit peu constant, a été fourni par la greffe d'éponge. Chez un malade auquel nous avons pratiqué la greffe d'éponge, nous avons assisté au bout d'un an à la rétraction complète du moignon orbitaire. A l'examen, après un prélèvement consenti par le patient, nous n'avons pas trouvé ici une résorption de l'éponge comme on aurait pu le penser, mais un tassement de son stroma corné et une dégénérescence du tissu embryonnaire et vasculaire qui l'avait d'abord pénétré. Devant cet insuccès relatif des greffes organiques, nous avons essayé une matière inorganique et nous avons pratiqué expérimentalement chez le lapin, puis chez l'homme, la transplantation dans l'orbite d'une sphère creuse d'argent. Le résultat a été très satisfaisant et il me semble que cette méthode comporte le maximum de sécurité au point de vue de la réussite de l'hétéroplastie orbitaire. Il est toutefois nécessaire de pratiquer de nombreux points de suture et de prendre une forte épaisseur de la muqueuse et des tissus sous-jacents pour assurer la solidité de la réunion de la plaie.

Fistule congénitale de la cornée.

M. A. Terson (de Paris) rapporte un cas très rare de lésion congénitale de la cornée. Il s'agit d'un nouveau-né, né à terme, après un accouchement absolument normal et n'ayant nécessité aucun instrument de traction. L'œil gauche est normal; l'œil droit était atteint d'une fistule centrale de la cornée. La chambre antérieure n'existait pas; l'iris adhérait aux bords de la fistule, et l'humeur aqueuse s'écoulait au dehors d'une façon constante. La fistule se ferma au bout de trois semaines. L'œil a présenté depuis une tendance à l'hypertonie, rendant l'intervention opératoire nécessaire. On ne trouve aucune étiologie absolument certaine. La lésion parait consécutive à une ulcération cornéenne intra-utérine, bien plutôt qu'à un arrêt de développement. La mère s'était violemment frappé l'abdomen sur un coin de table au sixième mois de la grossesse.

M. A. Terson rappelle les autres cas publiés sur les lésions congénitales de la cornée, taies, leucomes, et même staphylomes *complets* et opaques, existant à la naissance et même sur les deux yeux chez plusieurs enfants de la même famille. Quant à la pathogénie de ces lésions intra-utérines comme celle des malformations en général, l'auteur rappelle les expériences de tératogénie expérimentale de Dareste et de Féré qui sont arrivés à produire des monstres, en agissant de diverses manières sur les œufs et les femelles pleines (traumatismes, alcoolisation, vernissage, etc.), et rapporte aussi les travaux de Féré et d'autres sur les relations de la famille névropathique avec la famille tératogénique, la fréquence plus grande des anomalies congénitales dans les familles d'alcooliques, de dégénérés, etc. Il semble qu'il ne faut pas rejeter l'influence du traumatisme, et des perturbations nerveuses dans la production d'anomalies congénitales oculaires sur un terrain prédisposé.

Lésions ophtalmoscopiques chez les lépreux.

M. Trantas (de Constantinople). — En examinant systématiquement au point de vue ophtalmoscopique un certain nombre de lépreux, qui sont assez fréquents en Orient, nous avons trouvé à l'ophtalmoscope chez une dizaine de cas, des lésions du côté du fond de l'œil, associées ou non avec d'autres lésions oculaires, comme lépromes sclérocornéens, iridocyclites, qui sont, comme on le connaît bien, extrêmement fréquentes. Chez le plus grand nombre, on ne voit que quelques taches isolées, blanches ou noires, non encadrées du pigment, fréquemment, sous des vaisseaux rétiniens, vers la région de l'ora serrata, ne provoquant presque aucun trouble fonctionnel. Mais quelquefois, j'ai constaté des lésions graves. Ainsi chez un sujet de 30 ans, il y avait un très grand nombre de taches pigmentaires, ou atrophiques, ou mixtes, vers la périphérie. A l'un de ses yeux on constatait une plaque atrophique sous la macula, volumineuse, trois fois plus grande que la papille. Et en plus, une plaque blanche en plein corps vitré cachant les vaisseaux rétiniens à un endroit avec des filaments blancs avançant vers le corps vitré. Cette lésion, qui n'est que la rétinite proliférante, doit être considérée comme le reliquat d'une ancienne hémorragie, et on sait que les lépreux ont des troubles vaso-moteurs et de la tendance aux hémorragies et au scorbut. L'auteur a eu l'occasion de voir chez un lépreux l'hyphéma; chez un autre l'incision simple du canalicule lacrymal provoquait une hémorragie assez abondante. Il a remarqué aussi souvent des staphylomes postérieurs sans que les malades soient myopes. Un parmi ces lépreux présentait une cataracte capsulo-lenticulaire, qui a été opérée avec succès. L'opération donc n'est pas contre-indiquée chez les lépreux. Chez un autre qui présentait un gros léprome scléro-cornéen, nous avons disséqué la tumeur, ensuite nous avons gratté la surface de son implantation et enfin nous avons pratiqué le recouvrement conjonctival. Après huit jours, guérison.

Dans un cas, la lésion choroïdienne a précédé l'iritis qui est survenue huit mois après, de sorte que dans ce cas la marche du processus a été de l'intérieur vers l'extérieur contre la règle. Ces lésions, nous ne pouvons les attribuer qu'à la lèpre, car nos malades ne présentaient pas d'autres diathèses excepté la lèpre, qui est une maladie ayant une parenté étroite avec la syphilis et la tuberculose (Zambaco Pacha). Come elles, la lèpre aussi peut attaquer les membranes profondes, ce qui d'ailleurs a été déjà prouvé par des examens anatomo-pathologiques, qui ont montré tantôt des lésions du côté du nerf optique (Mayer-Berger), tantôt du côté de la choroïde et de la rétine, surtout dans leurs portions antérieures, là où, nous aussi, nous avons trouvé les lésions ophtalmoscopiques presque constamment, quoique ces lésions fussent très petites, relativement aux grosses lésions coexistantes du segment antérieur. Ces lésions choriorétiniques étaient purement lépreuses, puisqu'on y a constaté le microbe de Hansen (Poncet, Doutrelepont et Wolters, Jeanselme et Morax). Si on pouvait toujours examiner le fond de l'œil dans des cas de lèpre oculaire, on verrait plus souvent ces lésions, mais comme Morax l'a bien observé, l'occlusion pupillaire et la kératite empêchent souvent d'examiner ces cas. Nous savons encore que la lèpre attaque souvent l'uvée; or, dans nos cas qui, par exemple, présentaient des lésions de l'iris, du corps ciliaire (précipitations cornéennes) et des lésions choroïdiennes, c'est-à-dire sur toute l'uvée, il n'est que naturel d'accepter que toutes les lésions de l'uvée devront être rattachées à une seule cause, qui n'est autre ici que la lèpre.

Les lésions ophtalmologiques, d'après During Pacha, comme toute autre lésion léprique, pourraient servir quand elles existent pour le diagnostic différentiel entre la lèpre et la syringomyélie, affection qui ne présente pas de lésions choriorétiniques.

(*A suivre.*) Koenig.

Le nouveau Dispensaire de la rue Clignancourt. — La Société philanthropique a procédé dernièrement, sous la présidence du prince d'Arenberg, à l'inauguration du nouveau dispensaire de la rue Clignancourt. Mme de Hirsch, s'étant intéressée à cette œuvre, donna les fonds nécessaires pour l'achat de vastes terrains contigus à l'ancien dispensaire fondé par M. Hartmann et où avaient été recueillis les israélites expulsés de Russie. C'est sur ces terrains qu'ont été édifiés les bâtiments du nouveau dispensaire. Le prince d'Arenberg a prononcé un discours, après lequel les invités de la Société philanthropique ont visité les établissements, qui se composent d'un asile de nuit pour femmes et enfants (70 lits), d'un dispensaire pour adultes, d'un fourneau avec réfectoire (70 places), d'un vaste dispensaire pour enfants avec des salles spéciales pour les coqueluches et pour les maux de la gorge, une salle de bains de 60 baignoires, une salle de douches, etc. (*Le Temps* du 5 mai 1899.)

Un nouveau Journal médical. — Une nouvelle Société médicale s'est fondée à Toulouse sous le nom de *Société anatomo-clinique de Toulouse*; l'organe officiel de cette Société, le journal bi-mensuel *Toulouse médical*, vient de paraître sous la direction de M. Morel, professeur agrégé, président de la Société, et de M. Lagriffe, secrétaire de la rédaction. Nos meilleurs souhaits à notre nouveau confrère toulousain.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr J. NOIR.

XXVIII. — Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie ; par Louis HASLÉ. (Aux bureaux du *Progr. méd.*)

XXVIII. — M. L. Haslé dans ce mémoire expose les résultats obtenus par l'emploi du *bromure de camphre* dans le service des enfants épileptiques de M Bourneville à Bicêtre.

Dans un chapitre d'introduction, il énumère les causes les plus importantes qui déterminent l'épilepsie et le pronostic de cette affection, puis il aborde les diverses médications employées dans l'épilepsie. La liste des médicaments antiépileptiques est très longue et la difficulté de connaître la cause pathogène d'une épilepsie rend souvent impossible l'application d'un traitement s'adressant directement à la cause de la maladie. On a dû le plus souvent se borner à une thérapeutique symptomatique et avoir recours contre l'accès aux médications antispasmodiques et calmantes. Dans ce but la poudre de selin des marais (Herpin), la belladone (Trousseau), le nitrite d'amyle (Weir Mitchell, Bourneville), la digitale (Duclos de Tours), l'acide sclérotinique, le benzoate de soude, l'acétanilide, l'antipyrine (Ch. Féré, Bourneville), le sulfonal (Enon), le nitrate et le chlorhydrate de pilocarpine (Bourneville), le borax (Claus), la picrotoxine (Cornet), le liquide testiculaire (Féré, Bourneville), l'oxyde de zinc (Herpin), les bromures (Locack, A. Voisin, Legrand du Saulle, Féré, etc.), l'éosinate de sodium (Sainton, Le Goff, Bourneville), etc., ont été tour à tour expérimentés avec des résultats variables ; les bromures sont néanmoins considérés comme supérieurs aux autres médicaments et le bromure de camphre répond dans le traitement du mal comitial à des indications spéciales.

Le bromure de camphre ou camphre monobromuré fut découvert par Schwartz (de Gand), qui constata ses qualités anaphrodisiaques. Ses propriétés physiologiques furent étudiées expérimentalement par M. Bourneville sur des cobayes. Il détermine la diminution du nombre des pulsations cardiaques, du nombre des inspirations sans en troubler le rythme, il abaisse la température, jouit des propriétés hypnotiques, diminue l'intensité des réflexes. Son administration prolongée amène l'amaigrissement et l'abolition du réflexe pharyngien, sans qu'il y ait accoutumance. Ces résultats de M. Bourneville furent confirmés par Lawson, bien qu'ils soient en contradiction avec ceux obtenus par Trasbot chez des chiens choréiques et épileptiques.

L'élimination se fait lentement ; des analyses de Pathault et Cornet il résulte que le brome s'élimine par les urines sous forme de bromure de sodium, tandis que le camphre est oxydé par l'organisme.

Le bromure de camphre est d'odeur assez désagréable. Hammond et Deneffe le prescrivirent sous forme pilulaire. Bourneville, au début, l'administra par voie hypodermique, se servant de la solution :

Camphre monobromé	3 grammes.
Alcool.	25 —
Glycérine.	22 —

mais actuellement on utilise surtout les préparations de Clin (dragées de 10 centigrammes et capsules de 20 centigrammes). La dose maxima est 4 grammes (Pathault) ou 5 grammes (Gubler). M. Bourneville conseille de commencer par 4 capsules et d'augmenter de 2 capsules par semaine jusqu'à 8 capsules, puis de diminuer progressivement de 2 capsules par semaine.

Schwartz et Deneffe ont employé avec succès le bromure de camphre dans le *delirium tremens*. Siredey, Desnos, Lannelongue, Longuet, Berger, etc., l'ont employé dans les troubles nerveux de la vessie et dans le ténesme vésical. Bourneville l'a prescrit dans les érections douloureuses et la cystalgie des blennorrhagiques, dans la rétention d'urine des prostatiques, dans les crises vésicales du tabes. Pathault l'a ordonné dans la spermatorrhée.

Curryer (de Chicago) utilisa le bromure de camphre contre les accidents de la dentition, dans l'hystérie, l'épilepsie, la chorée et la coqueluche. D'après les expériences de Crinon, il détruirait dans une certaine mesure le bacille tuberculeux. Funaioli (de Sienne) et le Pr Raymond l'ont employé avec succès dans les formes hystériques de l'aliénation, et avec moins de succès dans la manie intermittente et l'hystérie. M. Bourneville avait aussi maintes fois signalé les bons effets du bromure de camphre dans les palpitations et les troubles du sommeil des hystériques. Mais où M. Bourneville obtint les meilleurs résultats du bromure de camphre, c'est dans les accès vertigineux de l'épilepsie. Lorsque ces accès vertigineux sont compliqués d'accès convulsifs, le bromure de camphre ne suffit pas et il faut y joindre l'administration de bromures alcalins (élixir polybromuré d'Yvon, par ex.), car si le camphre monobromé a une action manifeste et rapide sur les vertiges comitiaux, il n'a guère d'influence sur les accès convulsifs. Après la disparition des vertiges, il est indispensable de continuer durant un certain temps l'usage du bromure de camphre, sans quoi la réapparition des accidents ne tarderait guère.

L'auteur publie alors à l'appui de son mémoire, dix observations choisies dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre. Dans ces observations détaillées, le malade a été suivi jour par jour durant plusieurs années, et les accès et vertiges ont été soigneusement notés et forment des tableaux très intéressants.

C'est seulement par une observation de longue durée que l'on peut, dans une maladie chronique et sujette à des rémissions spontanées comme l'épilepsie, juger de la valeur réelle d'une médication ; les observations publiées par M. Haslé ne permettent pas de mettre en doute l'action du bromure de camphre et donnent une valeur indiscutable à ses conclusions.

XXIX. — De la médication sulfurée ; par FERRAS. (O. Doin, édit., 1898.)

XXIX. — M. Ferras trouve que le soufre qui paraît agir sous forme d'hydrogène sulfuré, n'a pas la place que son action analeptique et antiseptique devrait lui faire occuper en thérapeutique. Il est d'une utilité indiscutable dans la pelade et la séborrhée. Le humage des vapeurs sulfhydriques s'applique avec succès aux coryza chronique, angine granuleuse, laryngite chronique, bronchite chronique simple, asthme humide, premier et deuxième degré de la tuberculose pulmonaire apyrétique. Le soufre est encore indiqué dans les eczémas et les états séborrhéiques. Les affections rhumatismales relèvent aussi de la médication sulfureuse, quand elles sont entrées dans la phase chronique. Les accidents de scrofulo-tuberculose bénéficient aussi du soufre, surtout sous forme de traitement balnéaire : Eaux-Bonnes, Barèges, Luchon, Uriage, Amélie-les-Bains, qui sont des eaux sulfureuses, aident à la disparition des raideurs articulaires et des épanchements hydrartrosiques, à la consolidation des cals incomplets et à la cicatrisation des plaies atoniques.

Luchon et Ax en Ariège, sont surtout utiles dans les affections cutanées. Cauterets se recommande plus particulièrement aux arthritiques, porteurs d'affections des voies aériennes. Barèges, Saint-Sauveur, agissent sur la metrite chronique et les affections chroniques des annexes. Les eaux chaudes s'appliquent au rhumatisme de forme nerveuse. Amélie-les-Bains s'adresse aux affections de la peau et des voies aériennes. Moltig, Escaladas, La Preste réussissent surtout dans le catarrhe vésical et les eczémas. La tuberculose relève des Eaux-Bonnes, les catarrhes et la bronchorrée d'Allevard, les états adynamiques d'Uriage, etc., etc.

Les contre-indications de la médication sulfurée sont les états d'irritabilité nerveuse (épilepsie, hystérie, certaines neurasthénies), les états fébriles et la goutte, l'obésité, la tendance à la congestion et aux hémorragies les affections du cœur et des gros vaisseaux, les troubles hépatiques et la tuberculose pulmonaire au 3e degré.

XXX. — De l'efficacité de l'arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne ; par L. MABILLE (de Reims).

XXX. — L'auteur, par des expériences sur les animaux, a mis en lumière les troubles du rythme cardiaque sous l'influence de l'ingestion du corps thyroïde (augmentation rapide des pulsations, irrégularité du pouls) que la médication arsenicale simultanée empêche de se produire.

L'arsenic aussi permet d'éviter les tremblements, les phénomènes paralytiques et l'amaigrissement rapide que cause

l'administration de la médication thyroïdienne. Les phénomènes expérimentaux chez les animaux concordent parfaitement avec les phénomènes cliniques. M. Mabille conseille donc de donner de cinq à quinze gouttes de liqueur de Fowler durant le traitement thyroïdien.

XXXI. — Traitement de la teigne tondante; par ALDERSMITH. (*Treatment*, octobre 1898.)

XXXI.— La teigne tondante est très longue à guérir et résiste à l'application des innombrables topiques proposés contre elle. C'est qu'il est très difficile de faire pénétrer un antiseptique au fond des follicules où séjourne le parasite toujours prêt à s'introduire dans les cheveux de nouvelle formation. Il faut bien savoir, en effet, que l'apparition de nouveaux poils n'est pas un signe certain de guérison; celle-ci n'est définitive que quand les poils ne contiennent plus de champignons. Le premier soin du médecin doit être de rechercher attentivement toutes les plaques de tricophyton.

Les principaux antiseptiques employés sont : la chrysarobine, l'iode, l'iodure de mercure, l'acide salicylique, le soufre; l'auteur donne la préférence à une pommade à base d'acide salicylique et de soufre. Il est surtout important de continuer longtemps les mêmes applications.

L'auteur expose ensuite les règles du traitement au moyen de l'huile de croton; c'est là un procédé qu'il faut employer avec discernement et dont il faut bien surveiller l'emploi; on ne doit pas y recourir chez les jeunes enfants, ni dans les cas où il y a de grandes surfaces malades, car l'irritation produite par l'huile de croton pourrait causer des accidents et dépasser le but, en empêchant les cheveux de repousser. L'huile de croton détermine des lésions de folliculite pustuleuse. Les cas les plus favorables à ce mode de traitement sont ceux où n'existent que de petites plaques récentes ou déjà traitées sans succès. L'auteur décrit ensuite avec détails la technique à suivre. Au moyen d'un pinceau, on applique sur la plaque à traiter une goutte d'huile de croton. Puis on applique de suite autour de la plaque une couche de lanoline phéniquée, pour éviter que l'huile de croton n'étende son action au-delà. Quatre heures après on applique un tampon de coton directement sur la peau, sans interposition de pièces de pansement. On le fixe par un mouchoir, et pendant la nuit on le maintient par un bonnet de coton. Le matin on l'enlève et on lave la place à l'eau chaude.

Le second jour, il convient d'enlever l'épiderme détruit, de façon de mettre à nu le derme qui est rouge et enflammé. S'il ne s'est pas produit une phlyctène et si tout se borne à un léger suintement jaunâtre, on peut continuer chaque jour, durant une à trois semaines, suivant l'effet obtenu, l'application d'une petite goutte d'huile de croton. S'il s'est produit une phlyctène, il faut au contraire cesser l'huile pour faire usage de préparations émollientes. Quand les nouveaux cheveux commencent à apparaître, c'est le moment de recourir aux lotions excitantes à base de cantharides, d'acide acétique, de romarin. P. RELLAY.

XXXII. — Traité élémentaire de clinique thérapeutique; par Gaston LYON. Masson et Cie, édit., troisième édition, 1899.)

XXXII. — Ce traité qui en est déja à sa troisième édition est notablement augmenté et forme un fort volume de 1.332 pages. C'est un traité complet de pratique médicale où les questions de thérapeutique pratique ont subi un développement tout particulier qui fait le plus grand mérite de l'ouvrage Nous ne pourrions que répéter les éloges que nous avons déjà faits ici de ses éditions précedentes, si de nombreuses modifications et additions n'y étaient pas à signaler, entre autres les chapitres ayant trait a l'opothérapie, aux méningo-myélites, à la peste, aux angiocholites infectieuses, aux dyspepsies, à la blenorrhagie, à la syphilis, à la neurasthénie, etc., etc.

Félicitons, en outre, l'éditeur qui a mis un soin tout spécial à l'exécution matérielle de l'ouvrage de M. Lyon et l'a muni d'une reliure élégante et solide, avantage à noter pour un traité qui doit être fréquemment consulté.

XXXIII.— Traitement du rhumatisme articulaire; par Gilbert BALLANTYNE (*Edinburgh Medical Journal*, janvier 1898).

XXXIII. — Certains cas d'arthrite rhumatismale résistent aux moyens thérapeutiques usuels et il est parfois impossible de les soulager. Ce sont ceux où il s'agit de lésions définitivement constituées. Le traitement ne réussit, en effet, qu'en cas de lésions articulaires peu avancées, susceptibles de disparaître par résorption. Etant admise la nature infectieuse de l'affection, c'est aux antiseptiques généraux qu'il convient de s'adresser. L'auteur s'est adressé à ceux du groupe des phénols et s'est arrêté à la créosote, dont il a expérimenté trois dérivés : *a*) le créosotal (ou carbonate de créosote), corps huileux, se décomposant dans l'intestin en créosote et en acide carbonique; *b*) le carbonate de gaïacol, poudre blanche, insoluble, dépourvue de goût et d'action caustique; *c*) le benzozol (ou benzoylgaïacol), corps sans saveur ni odeur, se décomposant dans l'estomac en gaïacol et acide benzoïque.

L'auteur donne la préférence au carbonate de gaïacol, facile à administrer en cachets ou en pilules. Ce médicament agit très favorablement sur l'arthrite; il diminue les douleurs et le gonflement, et procure du bien-être au malade. Quant à son mode d'action, l'auteur pense qu'il agit localement sur le tube digestif pour en éliminer les toxines et favoriser ainsi la guérison. Il est contre-indiqué en cas de néphrite. Le traitement local de l'arthrite est fort important : l'huile gaïacolée, appliquée matin et soir sur les jointures malades, réussit très bien. L'auteur n'a jamais observé d'effets toxiques par son emploi. En cas d'érythème, il faut suspendre ces applications. P. RELLAY.

BIBLIOGRAPHIE

Les états neurasthéniques; par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. (*Les Actualités médicales*, J.-B. Baillière, éditeur, 1899.)

Dans cette intéressante monographie l'auteur, avec une compétence et une autorité indiscutables, a résumé, condensé le résultat de ses observations personnelles et des travaux les plus récents sur ce sujet. Dans un premier chapitre, il fait un tableau saisissant de la neurasthénie vraie, si variée en ses formes et si bizarre dans ses diverses évolutions. La neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle est à son tour étudiée et différenciée des états mélancoliques et hypocondriaques, de la paralysie générale, de l'hystérie, et de l'association hystéro-neurasthénique. Tous ces chapitres sont écrits avec une remarquable clarté et accompagnés d'observations cliniques qui sont autant d'exemples types facilitant la description des symptômes.

Le traitement si complexe et si difficile à appliquer est exposé clairement; l'auteur fait une division et indique les moyens de combattre la dépression et l'éréthisme nerveux, le régime à suivre dans les différents cas, et montre, en outre, l'importance presque capitale de la *thérapeutique morale* en matière de neurasthénie.

Le traitement de l'association hystéro-neurasthénique termine cet intéressant petit volume qui est appelé à rendre de grands services à tous les praticiens et ne sera pas le moindre succès de la collection des *Actualités médicales*. J. MALLET.

Memento-formulaire des médicaments nouveaux; par H. SOULIER, professeur de thérapeutique à la Faculté de Lyon. Troisième édit., Masson et Cie, édit., 1899.)

Cette brochure est le supplément du traité de thérapeutique et de pharmacologie de M. le Pr Soulier, ouvrage qui a été couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine. Ce memento publie dans l'ordre alphabétique un millier de médicaments nouveaux, indiquant succinctement la composition chimique de ces corps, leurs usages thérapeutiques et leur posologie. Très soigneusement rédigée, cette publication rendra de grands services à ceux qui désirent suivre les progrès de la thérapeutique et en faire bénéficier leurs malades; nous regrettons que les qualités de concision que font le mérite de ce travail en rendant l'analyse impossible. J. N.

VARIA

L'hôpital français de Londres.

Le 6 mai au soir, le trente-unième banquet annuel de l'hôpital français a eu lieu à l'hôtel Cecil, sous la présidence de l'ambassadeur de France, qui avait, à sa droite, l'ambassadeur d'Italie, et, à sa gauche, le lord-maire. Parmi les personnes présentes se trouvaient : les ministres de Suisse, de Bolivie, de l'Uruguay ; les attachés naval et militaire et tout le personnel de l'ambassade de France ; M. Lequeux, consul général et le personnel du consulat ; les consuls généraux de Monaco, de Belgique, du Paraguay, d'Haïti, le vice-consul d'Italie, le personnel médical, le Comité de l'hôpital et les principaux membres de la colonie française. Des toasts ont été portés à la reine Victoria et au président Loubet. L'ambassadeur de France a rappelé les grands services rendus à l'hôpital par le Dr Vintras. Il a mentionné les magnifiques donations faites à la maison française des convalescents par MM. Tuffer, Beaume, Cocquerel et Lazarin.

L'ambassadeur d'Italie a répondu en montrant le bien que l'hôpital fait, non seulement aux Français, mais aussi aux étrangers, et notamment aux Italiens. Son gouvernement envoie à l'hôpital cette année, une souscription de 1.250 fr. La parole chaude et élégante de l'ambassadeur d'Italie a provoqué d'unanimes applaudissements. Le lord-maire a remercié pour la corporation de la Cité, rappelant que Mansion-House est ouvert à toutes les charités. Il a fait une heureuse allusion à l'Exposition de 1900. Il a terminé en démontrant que plus les Anglais et les Français se connaîtront, et plus les deux pays s'estimeront et se respecteront. Il a porté ensuite la santé de M. Cambon. Celui-ci a été acclamé et a répondu par une improvisation charmante. Lecture a été faite ensuite des listes de souscription ouvertes par l'œuvre de l'hôpital. Le total souscrit dans le banquet s'élève à 80.000 fr. environ. Le banquet a été suivi d'un beau concert. (*Débats.*)

La réglementation hygiénique des écoles privées.

Le Conseil d'Etat a pris une importante décision qui précise les limites du pouvoir des maires en matière de réglementation hygiénique des écoles privées. Le maire d'Orléans avait édicté un règlement préventif très détaillé portant qu'aucun élève ne pourrait être admis dans une école sans un livret d'hygiène délivré à la mairie, indiquant les cas de délivrance ou de refus du livret, déterminant le mode d'aération et de balayage des classes, etc., etc.

Le maire a, en vertu de la loi municipale, le soin de prévenir et de faire cesser les maladies épidémiques ou contagieuses ; il a également, aux termes des lois scolaires, le droit d'inspecter les écoles. Il peut, évidemment, en ordonner la fermeture, si une épidémie s'est déclarée. Mais, s'il a un pouvoir répressif, a-t-il le pouvoir préventif d'édicter un règlement permanent imposant des prescriptions d'hygiène aux directeurs d'écoles privées ?

Le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté du maire d'Orléans pour excès de pouvoir. Il faut ajouter que l'arrêté municipal visait à la fois les écoles publiques et les écoles privées. Mais le Conseil d'Etat, saisi uniquement du pourvoi d'un directeur d'école privée, n'a pas statué en ce qui concerne les écoles publiques, pour lesquelles en conséquence, la question n'est pas tranchée.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Cours d'histologie. — M. le Dr J. JOLLY commencera le 25 mai, au laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois. On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

FORMULES

LII. — Contre la carie dentaire.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10 centigr.
Menthol	ââ 1 gramme.
Acide phénique cristallisé	
Essence de girofle	V gouttes.
Alcool camphrée	8 grammes.

Introduire des boulettes de coton imprégnées de cette mixture dans la cavité de la dent après l'avoir asséchée.

Ou :

Orthoforme	ââ 1 gramme.
Acide phénique	
Camphre	ââ 4 —
Hydrate de chloral	

(Dauchez.)

LIII. — Contre l'hyperchlorhydrie.

Sulfate de soude	30 grammes.
Sulfate de potasse	5 —
Chlorate de soude	30 —
Carbonate de soude	25 —
Bicarbonate de soude	10 —

Une demi-cuillerée à café dans de l'eau tiède le matin à jeun et deux heures avant chacun des deux repas principaux. (Wolff.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 mai au samedi 13 mai 1899, les naissances ont été au nombre de 1.089, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 408, illégitimes, 141. Total, 549. — *Sexe féminin* : légitimes, 356, illégitimes, 184. Total, 540.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 7 mai au samedi 13 mai 1899, les décès ont été au nombre de 946, savoir : 511 hommes et 435 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 6. T. 15. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 14, F. 18. T. 32. — Scarlatine : M. 0, F. 3, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 7, T. 11. — Diphtérie. Croup : M. 5. F. 0, T. 5. — Grippe : M. 9, F. 4, T. 13. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 72, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 9, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 10, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 2, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 35, T. 52. — Méningite simple : M. 13, F. 13, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 26, F. 23, T. 49. — Paralysie, M. 5, F. 4, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 2, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 32, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 6, T. 14. — Bronchite chronique : M. 4, F. 16, T. 20. — Broncho-pneumonie : M. 20, F. 20, T. 40. — Pneumonie : M. 18, F. 21, T. 39. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 24, T. 47. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 8, T. 24. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale, M. 13, F. 3, T. 16. — Sénilité : M. 13, F. 22, T. 35. — Suicides : M. 12, F. 7, T. 19. — Autres morts violentes : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres causes de mort : M. 75, F. 49, T. 124. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 21. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 13. Total : 39.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 8 mai 1899, un concours s'ouvrira, le 13 novembre 1899, devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES. — Le soixante-onzième Congrès des naturalistes et médecins allemands se réunira cette année à Munich, du 18 au 23 septembre. Parmi les communications annoncées, nous citerons : les changements des idées astronomiques durant le siècle actuel, par M. Forster (de Berlin) ; les explorations des régions arctiques et les résultats obtenus, par M. Nansen ; la valeur de la radiographie en chirurgie, par M. Bergmann (de

Berlin); science et médecine, par M. Birch-Hirschfeld (de Leipzig); Liebig et son influence sur la médecine, par M. Klemperer (de Berlin), etc. (*Revue scientifique* du 6 mai.) — L'Association américaine d'hygiène publique tiendra son vingt-septième Congrès annuel à Minnéapolis, du 31 octobre au 4 novembre 1899. Parmi les vingt et une questions mises à l'ordre du jour, nous citerons : la pollution des rivières, le traitement des ordures ménagères, l'étiologie de la fièvre jaune, démographie et statistique au point de vue sanitaire, période durant laquelle chaque maladie contagieuse est transmissible, et laps de temps pendant lequel chaque malade est dangereux pour la communauté, assainissement des habitations, désinfectants, etc. (*Revue scientifique* du 13 mai.)

Hospice national des Quinze-Vingts a Paris. — M. le Dr Bourrillon, ancien député, est nommé sous-directeur de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Hôpital de Constantinople. — M. le Dr Denis, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est nommé chirurgien en chef de l'hôpital français de Constantinople.

Muséum d'Histoire naturelle. — *Cours de géologie.* — M. Stanislas Meunier, professeur, fera une excursion géologique publique le dimanche 21 mai à Ecouen, Ezanville, Domont et Montmorency. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : gare du Nord, où l'on prendra à 8 h. 35 du matin le train pour Ecouen. On sera rentré à Paris à 6 h. 20. — *N.-B.* Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de Géologie avant samedi à quatre heures.

Conseil supérieur de la Prévoyance et de la Mutualité. — M. Lannelongue est désigné par l'Académie de Médecine comme représentant de cette Compagnie au Conseil supérieur de la Prévoyance et de la Mutualité.

Nouveau prix a l'Académie de Médecine. — Un lieutenant d'artillerie, M. Boggio, a légué en mourant à l'Académie de Médecine toute sa fortune pour fonder un prix destiné à récompenser l'ouvrage le plus important sur le traitement de la tuberculose.

Congo français. — La mission Gentil, débarquée le 28 mars à Banane, est en route pour le Chari. Le Dr Sibut n'a pas pu la suivre ; il est revenu à Libreville par le *Stamboul* et a succombé deux jours après son retour à un accès pernicieux. (*Le Temps* du 14 mai 1899.)

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : MM. Humart (de Lille), officier d'académie; Horeau (de Fresnay-sur-Sarthe), officier de l'Instruction publique.

Une Ambulance automobile. — L'hôpital de Chicago vient de se payer ce luxe. C'est une voiture électrique, qui pèse 1.600 livres et qui peut fournir 16 milles à l'heure. C'est probablement le premier automobile électrique employé au transport des malades. (*Gazette médicale de Paris* du 6 mai 1899.)

Exercice illégal de la médecine. — Vidal, le faux médecin de Lariboisière, sera poursuivi pour exercice illégal de la médecine devant la police correctionnelle. M. de Valles, qui a terminé cette instruction, procède en ce moment à une enquête sur l'affaire Edwards, le guérisseur de la rue Cadet, qui soulageait ses malades en leur faisant des passes magnétiques et en chantant des psaumes. (*Débats*, 18 mai.)

Le rebouteur de Picpus. — M. Boutineau, commissaire de police, vient d'ouvrir une enquête sur la mort, survenue dans des conditions assez mystérieuses, d'un fillette d'une dizaine d'années, dont les parents sont ébénistes et habitent rue Michel-Bizot. Lundi dernier, la petite R..., atteinte d'influenza, dut se mettre au lit. Ses parents l'y gardèrent deux jours, puis, la maladie s'aggravant, ils se mirent en quête d'un médecin. Malheureusement, au lieu de s'adresser à un des docteurs du quartier, ils mandèrent un rebouteur, M. D..., qui, leur dit-on, faisait des cures merveilleuses et guérirait leur fille rapidement. D... examina l'enfant et déclara que son état était grave. « Mais je la sauverai, dit-il, grâce à une potion que je vais faire moi-même et que je vous apporterai. » Il revint en effet avec une petite fiole contenant un liquide incolore, qu'il ne consentit d'ailleurs à donner au père que contre une somme de 150 francs. Le père, effrayé, donna ce qu'on lui demandait et prit la fiole; mais, malgré tous les soins, l'enfant mourut le lendemain. M. R..., alors, prévint le commissaire de police. Un médecin, sur la réquisition de celui-ci, examina le cadavre et conclut à une mort naturelle causée par une grippe infectieuse. Toute idée de crime semble donc devoir être écartée. Néanmoins, la fiole contenant le médicament a été saisie et on recherche le rebouteur qui sera, en tout cas, poursuivi pour escroquerie et pour exercice illégal de la médecine. (*Le Temps* du 16 mai.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de : M. le Dr Georges Assaky, ancien agrégé de la Faculté de Lille, à Bucharest à l'age de 44 ans. — M. le Dr Ch. Bosset, vice-président de la Société de Médecine de la Haute-Vienne. — M. le Dr Zinnis, professeur à l'Université d'Athènes et directeur de l'hospice des Enfants-Trouvés de cette ville. — M. le Dr Ulry, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux.

Chronique des Hôpitaux.

Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale.* M. le Pr P. Budin, mardi et samedi à 9 heures.

Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies nerveuses*, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — M. le Dr Déjerine, *Maladies du système nerveux*, le jeudi, à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe. — M. le Dr Jules Voisin, *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Antoine. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. Béclère, le dimanche à 10 heures du matin. A 10 h. 1/2, présentation et examen radioscopique des malades.

Hôpital Trousseau. — *Leçons sur la diphtérie.* — M. le Dr Richardière, mercredi à 4 heures.

Hôtel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière : leçons de *clinique chirurgicale* le jeudi à 10 heures. Opérations abdominales le mardi. Examen des malades et visite dans les salles le mercredi et le samedi.

Hôpital de la Pitié. — Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux : M. Babinski, samedi, 10 h. 1/4.

Cours particulier de cypridologie (maladies vénériennes). — M. Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord, a commencé à cet hôpital, le lundi 15 mai, à 4 h. 1/2, un cours particulier de cypridologie (maladies vénériennes). Ce cours comprendra l'étude clinique, microbiologique et thérapeutique des maladies vénériennes chez l'homme, l'étude de leurs complicatipns immédiates et lointaines, l'étude comparative des maladies vénériennes chez l'homme et chez les animaux. Pour s'inscrire, s'adresser au laboratoire du Dr Queyrat, tous les matins, de 10 heures à midi, 111, boulevard de Port-Royal. Le prix d'inscription est de 50 francs. Le nombre des inscriptions est limité.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 21. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 MAI 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*), par le Dr L. Fiaux. — THÉRAPEUTIQUE : Sulfhydrothérapie antimicrobienne, par De Lada Noskowski. — BULLETIN : L'enseignement des maladies des pays chauds, par J. Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet : — *Académie de Médecine*, par Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir; — *Société de Chirurgie*, par Rellay; — *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, par Martha; — *Congrès scientifique latino-américain*. — REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES : De l'aspiration des corps mous dans la vessie, par Lamard; — Examen histologique des néoplasmes vésicaux, par Motz; — Néphrotomie au douzième jour d'une anurie calculeuse, par Pousson; — Néphrotomie pour anurie calculeuse, par Vignard; — Hystérectomie, par Clado; — De la suture immédiate du rein après néphrotomie pour anurie calculeuse, par Loumeau; — Volumineux calcul vésical, par Bousquet; — Calcul vésical extrait par la taille hypogastrique, par Chevalier; — Traitement des pyélonéphrites par le lavage du bassinet, par Albarran. — REVUE D'HYDROLOGIE : Néris. Contribution à l'étude du climat, des eaux minérales et des indications, par Aubel; — La douche tamisée, par Bénard; — Bourbon-l'Archambault, par Regnault, — Amélie-les-Bains. Le climat et les eaux sulfureuses, par Van Meris. — BIBLIOGRAPHIE : L'esprit scientifique contemporain, par Foveau de Courmelles (an. par Boissier); — La septicémie péritonéale et son traitement, par Graft; — Diagnostic des syphilides cutanées, par Marshall (an. par Rellay). — VARIA : La Croix-Rouge à la Conférence de la paix; — Un cas de sommeil pathologique; — Le levain comme aliment. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*) (1).

Par le Dr L. FIAUX.

IV.

Le plébiscite genevois sur le maintien ou la suppression des maisons de tolérance. — A PARTE *au lecteur. — Ignorance du corps électoral de Genève sur tous les arguments scientifiques relatifs à cette question d'hygiène municipale. — La proposition de suppression des maisons devient un débat purement politique. — Groupement et attitude des partis politique à Genève. — Le parti démocratique et le parti radical. — La discussion au Grand Conseil; le huis clos. — Opinion et discours de MM. L. Bridel, Wuarin, de Meuron, G. Ador, Patru. — Un leader radical, M. Favon. — Le Grand Conseil vote un contre-projet plébiscitaire destiné à maintenir les maisons. — La discussion dans la presse et les réunions publiques. — Arguments singuliers donnés au peuple genevois pour défendre l'existence des maisons. — Tableau de Genève pendant la période plébiscitaire. — Troubles et tumultes. — Le vote du 22 mars. — Le peuple genevois par 8.502 voix contre 4.053 repousse le projet de loi de suppression des maisons de tolérance.*

Pour l'intelligence de l'épisode plébiscitaire même sur le maintien ou la suppression des maisons de tolérance dans la République de Genève, auquel nous arrivons, nous devons adresser ici au lecteur une observation préalable singulière : dans une sorte d'*a parte* en effet, nous lui demandons d'oublier tout ce que nous venons d'écrire sur la partie médicale et statistique de la question. Toute cette documentation positive, pour mieux comprendre les discussions parlementaire et extra-parlementaire, il doit la tenir pour non avenue; pour se jeter *in medias res*, il doit se trouver dans une situation d'esprit identique à celle des électeurs genevois eux-mêmes, qui dans le moment ignorent absolument le bilan sanitaire de la prostitution réglementée et vont jusqu'à perdre le souvenir des délits périodiques qu'entraîne en soi l'existence des maisons.

La population sait très bien quelle est en gros l'institution municipale que les pétitionnaires veulent faire disparaître, mais tous les arguments ou faits d'ordre scientifique qui pourraient fournir un élément concret à la discussion, elle ne les connaît pas, le dispensaire, nous le répétons, ne publiant aucun compte rendu statistique annuel, et les statistiques démographiques et sanitaires générales gardant le même silence sur ce chapitre.

Cette situation de l'esprit public devait avoir pour résultat presque inévitable de faire verser la question — non politique s'il en fut, tout le monde en conviendra — dans la politique pure. C'est ce qui ne manqua pas. Certains partis, très éveillés à Genève comme ailleurs sur tout ce qui peut servir leurs intérêts d'opposition ou de gouvernement, virent dans le sujet une excellente occasion d'emporter une victoire personnelle en faisant échouer une solution de caractère exclusivement juridique et hygiénique présentée par leurs vieux adversaires politiques. Cette préoccupation fut manifeste dès le début dans la fraction parlementaire plus particulièrement avancée qui porte à Genève comme en France le nom de radicaux. La réforme abolitionniste en effet était née, il faut le dire, sans aucune arrière-pensée étrangère au sujet, dans les rangs du parti conservateur loin d'ailleurs d'être unanime. Mais ici, il est nécessaire de donner pour les lecteurs français un léger aperçu de la situation politique et numérique des partis qui allaient disputer.

On a remarqué dans la première partie de cette étude les hésitations, les oppositions sourdes, les quelques concessions gouvernementales qui alternativement accueillirent la demande de réforme de 1888 à 1895 et se traduisirent par des actes contradictoires comme la nomination d'une commission d'enquête impartialement composée, puis comme le procédé de M. le conseiller d'Etat Vautier modifiant, au moment où elle allait conclure, la majorité de cette commission favorable à la suppression de la réglementation par

(1) Voir *Progrès médical*, nos 5, 9, 12 et 14.

l'adjonction de membres nouveaux systématiquement favorables à son maintien. Cet état d'esprit, indice de tiraillements intérieurs, subsiste au moment où aux termes de la Constitution la proposition d'appel au peuple par voie de plébiscite est soumise au Corps législatif genevois.

Les élections générales viennent de renouveler ce Corps législatif ou Grand Conseil, mais n'ont amené aucun changement dans le gouvernement. Le pouvoir exécutif, le Conseil d'Etat, est ainsi depuis plus de sept années aux mains du parti conservateur qui porte le nom de parti démocratique depuis 1848 : une modification évidente dans le caractère des luttes politiques et les programmes, l'évolution générale des partis ont emporté de ces changements de noms. Sur cent députés au Grand Conseil ce parti conservateur compte un groupe compact de quarante-quatre membres, composé des démocrates proprement dits ou anciens conservateurs et des indépendants ou représentants des catholiques romains qui, autrefois rattachés à la gauche, font depuis nombre d'années corps avec la droite.

Le leader du parti démocratique est M. Gustave Ador, favorable à la solution abolitionniste. Quarante-sept députés composent la gauche du Grand Conseil formée elle aussi de deux groupes, les radicaux-libéraux au nombre de quarante-deux et les socialistes-ouvriers au nombre de cinq. Le leader de la gauche est M. Favon que ses tendances socialistes mettent parfois en désaccord avec nombre de ses collègues de gauche ; M. Favon dirige l'important quotidien *le Genevois* qui, avec *le Peuple*, prendra une part passionnée à la campagne anti-abolitionniste. Entre ces deux partis, ne se rattachant ni à l'un ni à l'autre, un groupe dit national, fondé précisément pour s'occuper plus particulièrement des questions morales et sociales et en premier lieu de celle-ci, et votant en dehors de toute préoccupation de parti, tantôt avec les démocrates, tantôt avec les radicaux.

A peine le projet de réforme est-il soumis au Grand Conseil (1) que le classement se fait, les positions sont prises. Le projet ayant pour auteurs les démocrates, les radicaux se lèvent comme un seul homme pour le combattre, et — on le dirait — pour ce seul motif. Ce spectacle, nous le confessons, était nouveau pour notre observation française habituée au contraire, depuis que la question a été imposée par la courageuse initiative d'Yves Guyot à l'attention de notre Troisième République, à voir le parti radical à peu près seul appuyer la réforme. Nous reviendrons plus loin d'ailleurs sur ce renversement des rôles. Toute la physionomie et l'économie du débat ne vont pas se trouver médiocrement altérées au point de vue de l'échange des contradictions rationnelles que l'on était en droit d'attendre sur un tel sujet, par ce changement de front joint à la si regrettable absence des arguments scientifiques. Non seulement les partis se battent dans la nuit, mais ils échangent des coups en dehors du vrai champ de bataille : dans cette confusion il n'y a profit réel pour personne, pas même pour les spectateurs.

La politique seule mise en jeu, la question qui se pose est celle-ci : par quel ordre d'arguments un parti habituellement classé comme progressiste va-t-il justifier l'existence des maisons de tolérance et, pour en empêcher la fermeture, soulever un véritable mouvement populaire contre ceux qui les attaquent non pas seulement comme le foyer de la plus insalubre immoralité, mais comme l'antre toléré d'illégalités, de criminalités monstrueuses dont le prolétariat féminin est la seule victime ?

Le Grand Conseil ouvre donc à peine sa première session en janvier 1896 qu'on se mesure sur la constitution du bureau. La première escarmouche porte sur l'élection du président ; le parti radical par un choix significatif désigne pour la présidence un de ses membres les plus éminents, M. le Dr A. Vincent, précisément le directeur du bureau de salubrité publique ; les démocrates et les nationaux présentent M. Chauffat qui l'emporte. Ce premier incident ne préjuge rien. L'entête de l'ordre du jour porte le projet émanant de l'initiative populaire, concernant la répression du proxénétisme et la garantie de la liberté individuelle : avant que personne ait ouvert la bouche, M. Favon, au nom du parti radical, demande la suppression de tout débat public ; il réclame le huis-clos : « Le projet, s'écrie-t-il, provoque des curiosités malsaines auxquelles nous ne devons pas donner satisfaction... Au nom de la liberté de discussion, que les débats aient lieu dans cette salle — mais fermez les portes ! » M. Louis Bridel répond que ce système est digne du moyen âge, que le huis-clos n'a été voté qu'une fois depuis l'établissement de la Constitution de 1847. M. Favon clot le débat par ce mot dans le journal *le Genevois* : « Le huis-clos empêchera le *Mémorial* (les procès verbaux) du Grand Conseil de descendre au rang des ouvrages obscènes. » (8 et 10 janvier). Le Conseil d'Etat et le Grand Conseil lui-même sont vertement réprimandés pour avoir laissé venir en discussion parlementaire et devant le corps électoral un débat susceptible d'altérer l'imagination publique. Le Parlement anglais lui-même n'avait eu de telles pudibonderies. Le huis-clos est voté ; il ne sera cependant pas si rigoureusement observé, malgré la gauche et ses obstructions, que les débats ne transpirent au dehors.

Les orateurs favorables au projet, MM. de Meuron qui l'a présenté, Ador, L. Bridel, Wuarin, Patru qui le soutiennent, ont en effet très grand mal à se faire entendre : quand M. de Meuron parlait, les députés de la gauche faisaient un vacarme digne de notre Palais-Bourbon, et, *rubesco referens !* le bruit ne couvrant pas assez la voix de l'orateur, un membre du gouvernement, un conseiller d'Etat donne à plein gosier le signal d'une clameur plus assourdissante et lance le refrain... international, paraît-il — *des lampions* !

(1) PROJET DE LOI. — « *Article unique.* L'exploitation de la débauche est interdite. En conséquence : 1° L'art. 213 du Code pénal de 1874 est modifié comme suit : « Quiconque aura attenté aux mœurs en excitant, en favorisant, habituellement ou dans un but intéressé, la débauche ou la corruption d'autrui, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à un an. Si les personnes débauchées ou corrompues sont mineures, la peine sera un emprisonnement de trois mois à deux ans. S'il s'agit de mineurs âgés de moins de quinze ans, la peine sera un emprisonnement de deux à cinq ans. Dans tous les cas ci-dessus, le coupable sera condamné en outre à une amende de 500 fr. à 5.000 fr. (1). » 2° Est abrogé le § 4 de l'art. 19 de la loi constitutionnelle du 23 avril 1849 sur la liberté individuelle et sur l'inviolabilité du domicile (2).

« *Dispositions transitoires.* — Il est accordé au Conseil d'Etat un délai de dix huit mois pour procéder à la fermeture graduelle des maisons de tolérance existant dans le canton. »

(1) *Rédaction actuelle de l'art.* 213 : « Quiconque aura attenté aux mœurs en excitant habituellement la débauche ou la corruption d'un ou de plusieurs mineurs, de l'un ou de l'autre sexe, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 50 à 1.000 fr. Si les mineurs sont âgés de moins de quatorze ans, la peine sera un emprisonnement de deux à cinq ans. »

(2) *Art. 19 de la loi du 23 avril* 1849 : « Les lois ordinaires (restrictives du droit commun) continuent à régler ce qui est relatif. ... 4° Aux femmes publiquement livrées à la prostitution. »

M. Louis Bridel, le savant professeur de droit à l'Université, doit lutter avec ténacité pour se faire écouter, et cependant il faut rendre hommage à sa science progressiste, à sa haute raison d'humanité, à son habileté tactique : « Tout se tient dans l'œuvre que nous poursuivons ici, dit en substance l'éminent jurisconsulte ; nous vous présentons simplement aujourd'hui une nouvelle loi de protection féminine. Notre action dans le Parlement genevois est liée au dehors à celle de l'Association pour la réforme de la condition légale des femmes : déjà cette Association a provoqué par des votes réformateurs les modifications les plus heureuses dans notre législation. Je vous rappelle : 1° la loi du 22 juin 1892 qui élève l'âge de protection des jeunes filles de quatorze à quinze ans en modifiant les articles 278 et 280 du Code pénal ; 2° la loi du 7 novembre 1894 relative au droit matrimonial quant aux biens, loi qui garantit à la femme mariée la libre disposition du produit de son travail personnel (1). Le projet d'initiative populaire qui nous est soumis procède de cet esprit démocratique et réformateur... » Dans une autre séance, M. Louis Bridel prend la parole pour lire une noble et éloquente lettre du député allemand Bebel condamnant au nom de la démocratie socialiste d'Allemagne la police des mœurs et les maisons de débauche cloîtrée. La lecture de la lettre de Bebel est hachée d'interruptions par la gauche, finalement huée, et M. L. Bridel est lui-même, malgré l'appui et l'à propos d'une telle autorité, accueilli de cris ironiques et injurieux.

La majorité de la commission parlementaire d'examen s'était déjà prononcée par un rapport et un vote hostiles contre le projet d'initiative (2). La majorité du Grand Conseil y était évidemment opposée. En séance plénière la gauche, moins deux voix, se prononce unanimement contre le projet ; les démocrates se partagent : 22 voix sur 44 se joignent aux radicaux pour le rejet ; 22 voix de droite unies aux 9 voix du groupe national et aux 2 voix radicales dissidentes, un total de 33 voix seulement, se prononcent pour l'acceptation.

Le 22 février 1896 le Grand Conseil vote le contre-projet destiné à être soumis au vote plébiscitaire en face et à l'encontre du projet d'initiative (3).

Tandis que le Parlement faisait aux « initiants » cet accueil, au dehors dans la presse radicale, dans les réunions publiques, dans la rue, c'était une hostilité d'un ton plus haussé encore : ici les personnalités, les clameurs, les vociférations perdent toute mesure, et « les lampions » du membre du gouvernement pâlissent à côté des injures qu'il faut subir.

Le *Genevois* ouvre le feu : le jour même où le huis-clos est prononcé sur les débats, il déclare que les dames venues dans les tribunes du Grand Conseil, toutes friandes d'une telle discussion, « sont parties la mine déconfite ! » On juge par là des mœurs des « gens purs », du genre d'esprit des diaconesses et du parti qui a pris l'initiative d'une soi-disant réforme de moralité !

« Et d'ailleurs, clame-t-on au *Genevois*, qu'est-ce que ce parti réformateur dans Genève ? » Nous arrivons ici au grand grief du parti radical contre les promoteurs du projet... « Ces réformateurs ? mais ce sont des doctrinaires, des conservateurs, des extra-droitiers, des sectaires, des méthodistes, des jésuites protestants, des mômiers ! Au demeurant le mouvement a son origine dans le piétisme, et nommer les piétistes c'est tout dire : ils sont aussi dangereux que les catholiques romains et plus étroits ! On connait les tendances de l'Eglise protestante nationale et de MM. les pasteurs : la *Semaine religieuse* laisse transparaître ses sympathies. Tout ce monde ne tend à rien moins qu'à ressusciter Calvin et ses lois somptuaires ! » Peu s'en faut que les radicaux n'imputent aux initiants les méfaits du pape de Genève qui défendait aux hommes de porter les cheveux longs, aux femmes de les porter frisés ! Peu s'en faut qu'on évoque les flammes du bûcher du malheureux Servet et l'aventure de notre Clément Marot cité devant le Consistoire, obligé de décamper prestement pour avoir hasardé une partie de tric-trac en vidant un carafon de vin d'Yvorne avec son ami François Bonivard !

« Mais, il y a plus, poursuit-on au *Genevois !* Ce parti qui veut moraliser Genève, n'est même pas Genevois ! il nous vient d'un autre canton ! Sait-on bien ce que sont tous ces promoteurs de la campagne ? Personne ne s'en est avisé. Eh bien ! tout députés qu'ils soient au Grand Conseil de Genève, ce sont des... Vaudois ! » — Comment, des Vaudois ? — A cette révélation, le vieil esprit cantonaliste tressaille au Molard, à Plain-Palais. « Quoi, des Vaudois viennent s'occuper des affaires intérieures de Genève ! » Aussitôt un cri furieux éclate contre les initiants : « A Lausanne ! Retournez à Lausanne ! A la porte les Vaudois ! » « Tout le monde sait à Genève que Lausanne est la Babylone de l'Helvétie... » (Réunions publiques de Troinex.) Nous voici loin des *journées* hospitalières où l'on se reçoit en fête de canton à canton : on se croirait reporté aux querelles légendaires des lilliputiennes cités grecques ou italiennes, d'Argos et de Mycènes, de Lucques et de Pise ! Cependant on enquête : les extraits de naissance des trois initiants prévenus d'extranéité sont victorieusement tirés de leurs casiers poudreux : vérification faite, des trois prétendus vaudois, l'un est de Carouge, l'autre de Genève, le troisième seul est bien d'origine vaudoise, mais enfin l'octroi du droit de bourgeoisie n'est pas lettre morte, et l'on désigne, en revanche, parmi les députés radicaux genevois ceux qui sont originaires de Neufchatel, de Schaffouse, etc !

Décidément l'argument de « l'étranger vaudois » ne valait rien. Au *Genevois* on se retourne prestement : « Que parle-t-on de Vaudois ? Ce ne sont pas même des Vaudois, ces initiants. Ce sont des agents anglais, des sectaires anglais, des piétistes anglais, des méthodistes anglaises ! Que vient faire chez nous cette nuée de femmes d'Outre-Manche qui provoquent des réunions mixtes, disputent la tribune aux hommes, parlent de prostitution et de prostituées, dérangent, entraînent nos ménagères ! A Londres les Anglais et les Anglaises ! » On crie, on hurle ferme, on renvoie ces grands puritains et puritaines, ces faux prophètes de pureté au pays des brouillards !

*

(1) Une loi analogue a été votée en France le 27 février 1896. — Dans le même ordre d'idées une loi conférant la capacité aux femmes en matière de témoignage dans les actes publics et privés a été votée à Genève, le 25 juin 1897, et à Paris le 7 décembre de la même année On lira avec intérêt une étude de M. le Pr Eug. Huber (de Berne), savant légiste, sur la *Condition de la femme dans le futur Code civil suisse,* dans la *Revue de Morale sociale* (Paris-Genève, mars 1899).

(2) La minorité de la commission, dans un contre-rapport rédigé en son nom par M. Odin, demandait que le régime de Genève fût celui qui règne dans 16 cantons sur 22, celui qui interdit l'organisation et la manifestation de la prostitution.

(3) « Le Grand Conseil, vu les articles constitutionnels, le rapport de la commission ; considérant que l'Etat a le droit et le devoir de prendre en ce qui concerne la prostitution les mesures prescrites par l'ordre public et l'hygiène,

« Arrête ce qui suit pour être soumis à la volonté populaire :

« *Article unique.* — Le projet de loi émané de l'initiative populaire, présenté au Grand Conseil dans les séances des 11 septembre et 5 octobre 1895, est rejeté. »

Si nos compatriotes n'avaient pas dit leur mot dans l'aventure, le commentaire eût été incomplet. Des Gaulois transrhodaniens, vieux habitants de Genève, des Parisiens en affaires ou villégiature affrment en gens les mieux informés du monde que la campagne genevoise est tout simplement un prolongement de la campagne de moralité du sénateur français Bérenger : « Vos neuf mômiers du parti national sont autant de petits Bérengers qui rêvent d'évangéliser à leur manière toutes les nations ; on commence par Genève ; on fera le tour de l'Europe ! » Il y a là une autre idée qui porte. Le nom et les exagérations de notre éminent compatriote fournissent un argument hostile de plus. Une variété de cri conspue les initiants : « A bas les Bérengers suisses ! »

Que si cependant, presse et réunions publiques, se souvenant enfin un peu de la question en elle-même (la question des maisons au demeurant), abordent le sujet, voici ce qu'elles trouvent comme justification de l'institution, pas autre chose. Un abolitionniste qui par jeu aurait voulu se faire l'avocat du système, aurait trouvé mieux !

« D'abord nos maisons n'ont rien de commun avec celles des autres pays : elles sont tenues par des femmes. Ce n'est pas comme en France où elles sont gérées en réalité par des hommes qui y commettent toutes espèces de tyrannies, d'infamies spéciales!... Vous dites qu'on boit dans nos maisons comme dans les maisons de France ? C'est vrai, mais notre police, elle, veille à ce qu'on y boive sobrement! »

Et ceci : « Vous dites qu'il faut supprimer les maisons à Genève ? Avouez qu'elles y sont comme si elles n'y étaient pas. Parmi les pensionnaires, il n'y a pas une seule genevoise ! Ce sont des françaises ou des étrangères qui sont toutes expédiées par les maisons de l'étranger ! »

Et encore : « Des maisons à Genève, mais il en faut, non pas certes pour notre morale population indigène ! il en faut pour l'étranger. L'étranger est notre industrie nationale ; il doit trouver chez nous ce qu'il trouve chez lui. Sans maisons, qu'offririons-nous à ces milliers d'étrangers généreux et sympathiques qui viennent se délasser à Genève des fatigues de leurs excursions alpestres ou de la monotonie de leur villégiature savoisienne ou vaudoise et que les bateaux débarquent sur nos quais chaque jour de Vevey, de Montreux, de Lausanne ou d'Evian ? Nous allons avoir une Exposition d'ailleurs (1) : que ferions-nous sans maisons quand la jeunesse des villages nègres, un des clous de cette belle fête internationale, descendra de nuit en longue théorie et en burnous blanc, cherchant aventure ?... Les maisons ainsi comprises, loin de la compromettre, font ressortir notre moralité cantonale. »

« Pourquoi se payer plus longtemps de mots, clament quelques voix assombries ? Disons toute la vérité : l'homme riche a ses filles ; pourquoi l'homme du peuple n'aurait-il pas les siennes ? Sur ce chapitre, MM. les piétistes bien posés, on pourrait en conter de belles à votre sujet ! « Contentons-nous, observe le *Genevois*, de dire que les mômiers sont des Saint-Jean-Baptiste qui voudraient mettre la foule au régime des sauterelles quand ils ont, pour la plupart, leur petit buffet réservé ! — Ce n'est point assez de disputer son pain au peuple, on voudrait lui retirer ses rares joies ! Non pas. » Pour un peu on lancerait le nouveau cri de ralliement : « *Panem et lupanar !* »

(1) Ouverte en juillet de la même année.

« D'ailleurs, poursuit-on sans se lasser, ô peuple de Genève-ville et de Genève-campagne, ces misérables filles de maison sur lesquelles on veut t'apitoyer, elles sont plus heureuses que tes filles ouvrières de fabrique et filles de ferme devenues servantes bourgeoises ! La police les traite en mère ; elle les habille, elle les nourrit mieux que ne sont habillées et nourries tes filles, à toi ! Bien plus, la police les rapatrie, quand elles veulent revoir leur pays ! »

« Que parle-t-on de police des mœurs à propos de nos maisons, écrit un paradoxal plus osé que les autres ! Les maisons ont précisément pour résultat de supprimer la police des mœurs (*sic*). Fermez les maisons, il vous faudra créer une police qui poursuivra la prostitution jusque dans le privé des gens ; il faudra à Genève une police des mœurs qui nous tiendra à sa merci et mettra à mal les femmes honnêtes, par ses erreurs et ses brutalités. »

Le dernier mot appartient au *Manifeste d'un groupe de citoyens de tous les partis* s'adressant *aux électeurs des campagnes* : « Vous dites que la maîtresse de maison est un véritable agent de la police des mœurs : tant mieux. C'est au moins un agent tutélaire, protecteur. Sans elle apparaîtrait le brigand, le souteneur français que nous voyons à l'œuvre à Paris et ailleurs ! »

Ainsi, trois mois durant, c'est de ce genre de raisons qu'on paie et repaît le peuple souverain de Genève ; c'est de ce ton qu'on amorce les bulletins de vote ; c'est sur ce mode que la presse, qu'on est habitué à voir s'occuper, particulièrement à Genève, des intérêts populaires, surchauffe l'opinion !

Le résultat du reste est superlativement atteint. A cette heure le spectacle offert par la ville est vraiment étrange. On croirait, à voir cet aspect fiévreux, courroucé, que des intérêts nationaux sont en jeu. Il s'agit tout uniment de savoir si Genève conservera ou non sa quinzaine de maisons publiques ! Et cependant la ville gronde, les cafés, les cabarets sont plus que bruyants, tumultueux ; le soir, dans les rues de réunions publiques la foule est criarde et mauvaise ; le peuple s'est fâché tout rouge. Sur la fin de la campagne plébiscitaire, le crescendo de colère est monté à un tel diapason que tout orateur de réunion qui veut appuyer le projet est insulté, enlevé, frappé, poursuivi. On expulse et on traque positivement dans la rue tout manifestant abolitionniste. Ce n'est plus la bataille de personnalités du début, c'est une petite guerre civile, et quand le jour du vote se lève enfin, le 22 mars, Genève présente une vrai physionomie d'émeute. Le cri « A bas les piétistes ! Au lac les piétistes ! » est le cri de la journée ; Genève en résonne. Dans le temple de la Fusterie prêté pour le scrutin, les opérations électorales sont terminées aux chants de la *Marseillaise* et de la *Carmagnole*, alternant avec des refrains obscènes. On sent que les bas-fonds du proxénétisme des tolérances attisent le feu sous main.

Le résultat était inévitable. Les initiants sont battus : 8.502 voix contre 4.053 repoussent la loi de suppression (1). Genève conserve ses maisons publiques !

(1) Les voix se sont ainsi réparties dans plusieurs localités importantes de l'agglomération genevoise.

A Genève	3351 NON.	1602 OUI.
Paquis	1099 —	544 —
Carouge	500 —	110 —
Chêne-Bougeries. . .	400 —	73 —
Eaux-Vives	560 —	245 —
Plain-Palais	1006 —	389 —
Petit-Saconnex	278 —	179 —

La victoire est proclamée au milieu d'un grand enthousiasme. Aux portes des salles de scrutin la foule s'organise spontanément en cortège ; on improvise partout des retraites aux flambeaux, mais au lieu des torches c'est la *lanterne rouge* symbolique qui est hissée au bout des bâtons et portée en tête des cortèges. Une même pensée, un mouvement unanime réunissent les groupes ; on fusionne, et la masse, procession houleuse et hurlante, va saluer le héros de la campagne, M. Favon, qui balconne suivant l'usage, et triomphant lui-même avec les triomphateurs, s'écrie : « Amis, montrons-nous grands dans la victoire ! » (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Sulfhydrothérapie Antimicrobienne ;

Par le Dr De LADA NOSKOWSKI (de Marseille).

L'acide sulfhydrique est un composé excessivement instable, de soufre et d'hydrogène ; toutes les fois qu'il se trouve en présence d'oxygène, surtout si tous les deux sont en dissolution, il se décompose en cédant à l'oxygène son hydrogène, pour former l'eau, et en régénérant le soufre à l'état d'une division moléculaire ; selon la formule :

$$H_2S + O = H_2O + S$$

Si à défaut d'oxygène, l'hydrogène sulfureux est en contact de combinaisons organiques instables, il les décompose en leur enlevant l'oxygène pour arriver au même résultat.

Les bactéries ont un besoin absolu d'oxygène pour vivre et se multiplier : s'il leur fait défaut, elles s'en procurent en décomposant certains corps organiques. Cette analogie frappante fait supposer *a priori*, un antagonisme des bactéries et de l'acide sulfhydrique ; antagonisme que l'observation et l'expérience ont confirmé. Les localités où l'hydrogène sulfureux se dégage pour une cause ou une autre, sont toujours préservées plus ou moins de maladies infectieuses ; les égoutiers, vidangeurs et autres artisans, forcés de vivre dans les émanations sulfhydriques, ne contractent presque jamais des maladies épidémiques et infectieuses. Ces considérations et beaucoup d'autres, de l'ordre chimique et thérapeutique, ainsi que la réputation séculaire des eaux sulfureuses, m'ont amené à expérimenter l'acide sulfhydrique contre les infections.

Avant d'avoir osé employer cet agent, plus redouté que redoutable, chez l'homme malade, j'ai expérimenté son action physiologique sur une série de 15 chiens, en leur transfusant sous la peau, du sérum artificiel tenant en dissolution les quantités rigoureusement déterminées d'acide sulfhydrique. De ces expériences j'ai pu conclure : que les doses de 0,025 milligrammes par chaque kilogramme de l'animal, ne produisaient aucun effet appréciable ; que 0,030 milligrammes accélèrent la respiration et les battements du cœur ; que de 0,030 à 0,035 milligrammes par kilogramme, les troubles respiratoires et circulatoires deviennent graves, et passé cette dose l'animal sucombe à l'asphyxie. L'analyse des chairs démontre, que presque tout l'oxygène libre a disparu du corps. Les expériences timides d'abord, de plus en plus hardies ensuite, m'ont prouvé que les doses thérapeutiques de l'acide sulfhydrique sont loin d'atteindre la plus faible de ces quantités : ainsi, chez le nouveau-né, pour atteindre l'effet antibactérien 0,010 milligrammes suffisent ; à 6 mois, 0,015 milligrammes ; à un an 0,025 milligrammes ; à 5 ans, 0,050 milligrammes ; à partir de 8 ans, 0,10 centigrammes. Ces doses peuvent être répétées toutes les 2 heures, sans aucun inconvénient, car au bout de ce temps, toute trace d'acide sulfhydrique a disparu dans l'organisme, en lui enlevant une partie de l'oxygène libre. Cette soustraction partielle d'oxygène rend le milieu moins apte à la vie et à la multiplication microbiennes ; les forces curatives de la nature viennent facilement à bout de l'infection. Il est connu et démontré que le polymorphisme des bactéries est tel, que de faibles doses d'antiseptique changent la nature des microbes et par conséquent la nature des toxines. Une faible privation d'oxygène suffit pour rendre inoffensifs la plupart des microbes pathogènes. Les soustractions répétées d'oxygène, loin d'affaiblir l'organisme, stimulent la respiration, la circulation, les échanges organiques, ainsi que la phagocytose. C'est pourquoi les forces curatives de l'économie viennent facilement à bout des bactéries, décimées et excédées par l'acide sulfhydrique. L'acide sulfhydrique se donne par le rectum, en solution préparée extemporanément ; en écrasant dans l'eau bouillie et refroidie une cartouche en paraffine, contenant le sulfhydro-sulfure de sodium en quantité qui dégage exactement 0,10 centigrammes d'hydrogène sulfureux ; et en y faisant dissoudre une lentille d'acide tartrique. Ce mélange s'opère dans un petit appareil *ad hoc*, appelé « Microclyse » qui permet d'administrer le lavement, et de fractionner les doses à volonté. Ce procédé thérapeutique a un avantage inestimable : de n'introduire dans l'estomac aucun médicament et de conserver l'intégrité de ses fonctions.

Dans les infections intestinales, l'acide sulfhydrique agit directement comme microbicide, en enlevant toute trace d'oxygène libre et en décomposant les substances qui auraient pu fournir leur oxygène aux bactéries. Ces infections guérissent avec une facilité étonnante. Dans 17 cas de choléra j'ai obtenu 17 succès, qui ont nécessité de un à six lavements, dosés suivant l'âge. Dans les cholérines, les diarrhées et les dysenteries, même exotiques, la guérison est obtenue avec la même facilité, si les lésions sont encore réparables. Dans les très nombreuses infections de la première enfance, l'acide sulfhydrique est le plus précieux moyen thérapeutique, qui ne manque jamais son effet si la maladie est prise au début. Il est absolument inoffensif, pourvu que l'on ne dépasse pas les doses ci-dessus indiquées. Dans les fièvres typhoïdes, je n'ai rencontré aucun insuccès ; même dans les cas les plus graves et négligés au début de la maladie.

Dans les infections des liquides organiques et des parenchymes, l'acide sulfhydrique doit être absorbé par les vaisseaux du gros intestin et transporté par la circulation. Il n'agit pas directement sur les bactéries, car dans son parcours circulatoire il se décompose en grande partie en désoxygénant l'oxyhémoglobine. Le sang en partie deshématosé, contenant encore un peu d'hydrogène sulfureux, malgré son passage par le poumon, constitue un milieu défavorable à la vie microbienne. Il oblige les bactéries pathogènes à vivre anaérobiquement, c'est-à-dire proliférer lentement et secréter des pepsines souvent utiles, au lieu de toxines redoutables. La désoxygénation du sang peut effrayer, mais que les timorés se rassurent ; l'asphyxie globulaire a été obtenue expérimentalement chez des animaux, mais sur 800 malades environ traités par l'acide sulfhydrique, je n'ai eu à déplorer aucun malheur thérapeutique. Quelques accidents asphyxiques légers, dus à l'inexpérience, au début de la méthode, ont toujours été facilement combattus, en produisant le maximum d'effet thérapeutique. Depuis au moins trois ans, que la posologie de l'acide sulfhydrique a été bien fixée et que les praticiens ont eu soin d'avertir les intéressés de ne pas dépasser la dose prescrite, aucun accident ne s'est reproduit.

Je possède deux observations d'érysipèle prises sur moi-même ; dans l'une la maladie, arrivée à sa période d'état, a été enrayée en trois jours par 25 lavements à 0 gr. 20 centigr. d'acide sulfhydrique. Dans l'autre atteinte, négligée pendant 12 heures, 14 lavements pareils, soit 2 gr. 80 centigr. de cet agent redoutable, ont produit un rétablissement rapide. Ces doses sont excessives, elles ont été élevées dans le but expérimental, car l'érysipèle de la même intensité a cédé en 5 jours à 3 lavements par jour de 0 gr. 10 centigr. d'acide sulfhydrique. Les varioleux traités par 3 lavements à 0 gr. 10 centigr. par jour pendant 5 à 6 jours, ont toujours pu se nourrir pendant toute la durée de la maladie, se lever au bout d'une semaine. Leurs pustules, restées petites comme des lentilles, n'ont jamais laissé de cicatrices, malgré qu'elles devenaient

---

Sur les 12.765 bulletins valables, on retrouvait à peu près la même proportion que dans le vote du Grand Conseil. Le nombre des votants dans les communes protestantes a été plus élevé (61 0/0) que dans les communes catholiques (54 0/0). Sur 100 électeurs dans les communes catholiques, la proportion des *oui* a été de 34 0/0, et dans les communes protestantes de 40 0/0.

purulentes. Des cas nombreux d'autres maladies éruptives, traitées par l'acide sulfhydrique, se sont passés rapidement avec des ébauches d'éruption et sans aucune complication. Un cas de malaria et anémie pernicieuse de Madagascar a été guéri en 3 semaines par 50 lavements environ à 0 gr. 10 centigr., 0 gr. 15 centigr. et 0 gr. 20 centigr. d'acide sulfhydrique. Les atteintes très sérieuses de l'influenza ont été guéries par 4 à 6 lavements sulfhydriques, sans aucune complication.

Dans la diphtérie, les microbes vivent en dehors de l'organisme, dans une production pathologique, ne participant pas à la circulation. Pour les détruire, il est nécessaire de multiplier et augmenter les doses, autant que possible; de manière que l'acide sulfhydrique sature l'organisme, se propage par imbibition jusque dans la fausse membrane. On réussit dans la majorité des cas à guérir la diphtérie hypertoxique, mais on fait courir au malade le danger de l'axphyxie. Il faut donc se prémunir contre ce danger, en ayant sous la main une solution :

Iode	1 gramme.
Iodure de sodium	0 gr. 25 centigr.
Eau	100 grammes.

La moitié de cette dose donnée en lavement, au début de l'asphyxie, la fait cesser instantanément; en vertu de la réaction suivante :

$$H_2S + I = H_2I + S.$$

Les doses doubles d'acide sulfhydrique, administrées toutes les deux heures, jour et nuit, arrivent toujours à combattre les bactéries associées, mais non les toxines existantes. Pour atteindre ce but, il faut faire le lavage du sang, en pratiquant deux fois par jour, des transfusions hypodermiques de 250 à 500 grammes de sérum artificiel. Un bon moyen pour aider aux lavements sulfhydriques, est de badigeonner les fausses membranes avec la solution concentrée de sulfhydro-sulfure de sodium que l'on se procure en écrasant une cartouche. On badigeonne, un moment après, avec du jus de citron, qui dégage l'acide sulfhydrique au sein même de la fausse membrane.

Dans les infections des organes respiratoires, l'acide sulfhydrique doit être porté à une dose presque aussi forte que dans la diphtérie. Malgré ce traitement intensif, quelques broncho-pneumoniques et beaucoup de tuberculeux succombaient; car la décomposition d'acide sulfhydrique dans le poumon est extrêmement active et elle détruit son effet thérapeutique. Il n'y a pas encore un an, j'ai réussi à combler cette lacune, en inventant un appareil inspirateur d'acide sulfhydrique, qui a fait le sujet d'une communication au Congrès de Marseille. C'est un flacon de 250 cc., son bouchon est traversé par trois tubes de verre, dont un, qui descend jusqu'au fond, est ouvert à ses deux bouts et sert de prise d'air; dont le deuxième, qui traverse seulement le bouchon, est prolongé par un caoutchouc armé d'un embout respiratoire, et dont le troisième, court et mince, communique avec une burette graduée au moyen d'un tube de caoutchouc, que l'on peut ouvrir ou fermer à volonté, par une pince à ressort. On place dans le flacon 5 grammes environ d'acide oxalique et on verse un peu d'eau, pour que l'extrémité du tube plonge. On verse dans la burette la solution :

Hydrosulfure de sodium. .	7 gr. 75 centigr.
Eau bouillie.	50 grammes.

Chaque division de la burette correspond à 1 centigramme d'acide sulfhydrique. Cinq divisions sont dans la majorité des cas suffisantes pour une séance d'inspirations. En pressant sur la pince, on fait tomber 6 à 8 gouttes de la solution sulfureuse dans le liquide acide du flacon, et on fait autant d'inspirations complètes, par l'embout, qu'il y a de gouttes versées. Et ainsi de suite, jusqu'à l'épuisement du liquide de la burette. Il faut recommencer les séances d'inspirations 3 ou 4 fois par jour et les alterner avec les lavements sulfhydriques. Ce traitement mixte a déjà donné des résultats très encourageants et il est plein de promesses pour l'avenir.

Je termine par un tableau statistique des résultats obtenus depuis 9 ans. Les chiffres dans les infections respiratoires, surtout dans la tuberculose pulmonaire, seront considérablement améliorés par l'introduction dans la sulfhydrothérapie des inspirations sulfhydriques.

	Nombre	Guéris	Morts	Malades	Perdus de vue
Infections intestinales.					
Choléra.	17	17	»	»	»
Choléra nostras	18	18	»	»	»
Choléra infantilis.	12	11	1	»	»
Diarrhée verte.	6	6	»	»	»
Athrepsie.	10	7	3	»	»
Gastro-entérite.	22	22	»	»	»
Entéro-colite.	8	8	»	»	»
Diarrhée simple.	8	8	»	»	»
Diarrhée chronique.	4	4	»	»	»
Diarrhée exotique.	5	2	2	»	1
Embarras gastrique.	6	6	»	»	»
Dysenterie aiguë..	10	9	»	»	1
Dysenterie chronique.	4	4	»	»	»
Dysenterie exotique.	4	2	»	»	2
Fièvre au début.	8	8	»	»	»
Fièvre muqueuse.	26	26	»	»	»
Fièvre typhoïde.	18	18	»	»	»
Infections des liquides organiques et des parenchymes.					
Variole.	24	24	»	»	»
Rougeole, rubéole, scarlatine. . . .	46	46	»	»	»
Influenza.	21	21	»	»	»
Erysipèle.	7	7	»	»	»
Malaria et anémie grave.	4	2	1	»	1
Muguet.	17	17	»	»	»
Cancer du sein.	1	1	»	»	»
Tuberculose localisée : poumon sein	6	5	1	»	»
Carreau.	8	8	»	»	»
Infections des voies respiratoires.					
Coryza.	8	7	»	»	1
Angine aiguë simple.	4	4	»	»	»
Laryngite aiguë.	6	5	»	»	1
Laryngite granuleuse.	4	0	»	4	»
Bronchite aiguë.	6	5	»	»	1
Bronchite capillaire.	3	3	»	»	»
Catarrhe suffocant.	6	6	»	»	»
Bronchite chronique.	22	12	»	6	4
Catarrhe avec dilatation.	16	10	»	4	2
Bronchopneumonie	24	19	4	»	1
Pneumonie lobaire	10	9	1	»	»
Pneumonie infectieuse.	4	3	1	»	»
Coqueluche.	66	62	»		4
Granulie pulmonaire.	8	8	»	»	»
Tuberculose aiguë scrofuleuse. . . .	12	»	8	2	2
Tuberculose chronique 1er et 2e degré	52	20?	18	8	6
Phtisie.	14	3?	8	2	1
Phtisie laryngée.	6	»	6		»
Infections hors de l'organisme.					
Croup.	13	8	5	»	»
Angine blanche.	24	24	»	»	»
Diphtérie infectieuse associée. . . .	48	39	9	»	»
Diphtérie hypertoxique streptococcique.	12	8	4	»	»

ORDONNANCE DE NON-LIEU EN FAVEUR D'UN MÉDECIN ACCUSÉ. — M. Fabre, juge d'instruction, vient de rendre une ordonnance de non-lieu en faveur du Dr X..., qui, ayant pratiqué une opération obstétricale sur une dame X..., avait oublié une sonde d'écart dans le corps de la malade sans la prévenir de cet oubli qui, selon le docteur, ne pouvait nuire à sa santé. Deux ans après, la dame X..., malade de nouveau, fut encore opérée. C'est alors qu'une instruction fut ouverte dans des circonstances que nous avons rapportées, pour blessures par imprudence. Des experts furent commis : MM. Brouardel, Thoinot et Roger. Leur rapport a conclu à ce qu'aucune faute professionnelle n'avait été commise par le Dr X... (*Petit Temps* du 18 mai.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement des maladies des pays chauds.

Le 11 mai dernier, sous la présidence de M. Chamberlain, ministre des Colonies de l'Empire britannique, était inaugurée la *London School of Tropical Medecine.* Cette école, créée dans le but de vulgariser l'étude des maladies des pays chauds, a été fondée par souscriptions avec l'appui efficace du Gouvernement anglais, puisque le Colonial Office, le département des Indes, étaient inscrits à la tête de la liste des souscripteurs et que le banquet d'inauguration, outre M. Chamberlain, qui le présidait, comptait parmi les convives le marquis de Lorne, gendre de la reine, et M. Stanley. Le roi Léopold de Belgique, chef de l'Etat du Congo, soucieux de son titre de souverain tropical, s'est même inscrit pour une somme importante à la suite des souscripteurs. Nous regrettons que notre pays n'ait pas eu l'initiative de ce progrès. La France, comme l'Angleterre, étend sa domination sur d'immenses contrées tropicales et non des moins malsaines. Le Sénégal, le Dahomey, le Soudan, le Congo, Madagascar, la Cochinchine, le Tonkin, sans parler de la Guyane, ont déjà donné trop de preuves de leur insalubrité. Et puisque la France est devenue une très grande puissance coloniale et tropicale, ne serait-il pas utile de prendre encore une fois exemple sur nos voisins d'Outre-Manche, dont le sens pratique, surtout en matière de colonies, est indiscutablement supérieur?

On a créé des médecins coloniaux; ne serait-il pas bon de leur faire faire des études spéciales et d'augmenter la somme de leurs connaissances sur les maladies des pays chauds, maladies qu'ils auront surtout à soigner? Leur science sur ce point est fort restreinte s'ils ont borné leurs études à l'enseignement des Facultés de Médecine françaises. Le rôle du médecin colonial doit être de plus en plus important dans nos nouvelles colonies; c'est lui qui est appelé à remplacer le missionnaire et qui, s'il le veut, sera le meilleur agent pacifique de l'influence française. Il serait donc nécessaire de le préparer à sa tâche et de lui enseigner la pathologie spéciale des pays chauds. La nouvelle constitution des Universités se prête facilement à cette organisation, mais il ne faudrait pas se borner à la création d'une chaire de plus dans une Faculté de Médecine. Il serait à souhaiter que dans un de nos grands ports (et la ville de Marseille paraît toute désignée, tant à cause de ses relations commerciales que de ses ressources exceptionnelles), il serait à souhaiter qu'on organisât une véritable école comme à Londres. Cette école pourrait servir d'école d'application aux médecins des colonies; les médecins sanitaires, ceux des grandes Compagnies de transport et de la marine marchande pourraient venir y faire un stage, et quelques mois d'études avec toutes les ressources cliniques que leur offriraient les hôpitaux et le lazaret de Marseille, leur seraient plus utiles que les certificats de bactériologie qu'on exige d'eux pour remplir les fonctions de médecin d'un paquebot quelconque. Sans vouloir diminuer l'importance de l'Ecole de Medecine de Tananarive qui doit doter les Malgaches de guérisseurs moins ignorants que sous la domination hova, nous pensons qu'une Ecole de Médecine des maladies des pays chauds, créée par l'Université marseillaise à l'exemple de la *London School of Tropical Medecine*, donnerait encore de plus brillants résultats. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 mai 1899. — Présidence de M. Gellé.

M. Roger. — En injectant à des cobayes tétaniques de petites doses de strychnine, on détermine chez ces animaux des convulsions souvent mortelles, alors que des animaux neufs ne présentent aucun trouble avec les mêmes doses d'alcaloïde. Si l'on opère sur un cobaye inoculé de tétanos dans les muscles de la cuisse, on constate que l'inoculation strychnique se traduit d'abord par des convulsions dans les membres postérieurs, puis ceux-ci se raidissent; l'animal se met à courir; les membres antérieurs indemnes traînent la partie postérieure immobile et maintenue surélevée par les contractures musculaires; enfin la contraction se généralise et le corps entier est pris de convulsions. Si la toxine tétanique a été déposée dans une épaule ce sont les membres antérieurs qui sont tout d'abord atteints par la strychnine. Les animaux courent avec leurs pattes postérieures qui, restées libres, poussent en quelque sorte la partie antérieure contracturée. Mais les membres antérieurs buttent à chaque instant et provoquent des chutes, suivies bientôt de convulsions généralisées. On peut conclure que le tétanos détermine une hyperexcitabilité étendue à tout l'axe médullaire, mais surtout marquée à la région correspondante au point inoculé. C'est du moins ce qui a lieu dans les formes aiguës, car dans les formes chroniques, les faibles doses de strychnine exagèrent seulement la contracture. Pour provoquer les convulsions ou la mort, il faut les mêmes doses que sur un animal neuf. Au point de vue pratique l'étude du chloral est intéressante. Le tétanos modifie fort peu la sensibilité au chloral; les tétaniques se comportant comme des animaux neufs, s'endorment et s'éveillent en même temps. Le chloral n'est pas un médicament antitétanique, n'ayant jamais prolongé l'existence des animaux; il peut au contraire hâter le dénouement si on l'administre à une période avancée de l'intoxication tétanique aiguë.

MM. Gilbert et Castaigne. — A côté de la *cirrhose hypertrophique commune* (forme Hanot) avec hépato et splénomégalie et ictère chronique, Gilbert et Fournier ont isolé la *forme splénomégalique* avec un foie très peu touché. MM. Gilbert et Castaigne isolent une troisième forme, dont ils viennent d'observer deux cas, *hépatomégalique*, presque sans augmentation de la rate. Pour les deux malades dont l'hépatomégalie fut anatomiquement vérifiée, chez l'une, la rate n'est pas touchée. Ceci démontrerait que dans la cirrhose de Hanot la splénomégalie est accessoire, car s'il y a des cas où la splénomégalie domine, comme dans la deuxième forme, cependant, dans chacune le foie est gros et cirrhotique, tandis que dans ces derniers cas, la rate reste indemne, ce qui prouve que son augmentation n'est qu'un phénomène accessoire puisqu'il peut manquer alors que l'altération du foie, elle, ne fait jamais défaut.

M. Lépine. — Il est possible de réchauffer un seul organe chez l'animal vivant. Après laparotomie chez un chien, la rate attirée au dehors fut ainsi fortement réchauffée. Dans la veine splénique apparaissent des modifications du milieu sanguin et les animaux soumis à ce régime purent supporter des doses de toxine typhique mortelles pour des chiens témoins.

M. Sicard a fait des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne. L'inoculation dans la moelle lombaire d'un cen-

tigramme de cocaïne par kilogr. d'animal amena l'anesthésie rapide du train postérieur, qui gagna latéralement et en vingt minutes fut générale ; anesthésie qui persista pendant deux heures sans trouble respiratoire ou circulatoire, sans hallucination ou délire ou convulsion. Les troubles moteurs sont moindres que les sensitifs. Par la voie cranienne, la même dose produit des secousses convulsives généralisées, de grandes crises épileptiformes avec écume, hallucinations terrifiantes. Les anesthésies sont à la suite inégalement réparties et partielles.

M. J. Binot a fait des injections de toxine tétanique chez le cobaye en variant le point d'inoculation : testicule, utérus, estomac, poumons, etc. Les accidents ainsi déterminés varient, et ont des symptômes très caractéristiques désignés sous le nom de *tétanos splanchnique*. La dose mortelle est la même que dans l'injection sous-cutanée ; l'incubation est plus longue, et la marche plus rapide à partir des premiers symptômes ; en injectant le sérum antitétanique en même temps, on enraye le tétanos. Le sérum injecté dans le cerveau, quatre heures après l'inoculation splanchnique, enraye encore l'évolution. La dose mortelle varie suivant la répartition, d'autant plus nocive que les points d'inoculation sont plus nombreux.

MM. Hallion et Laban. — Les composés vanadiques modifient la tension artérielle, produisant de l'hypertension suivie bientôt d'hypotension marquée, phénomènes cardio-vasculaires qui montrent le danger possible de ce médicament.

M[lle] Pompilian, avec des *expériences sur le dytique*, conclut que : 1° A l'état normal, l'excitation inhibitoire, partant des ganglions sus et sous-œsophagiens, arrête l'*automatisme* des ganglions de la chaîne thoracique parce que : *a*) après ablation des ganglions œsophagiens, il y a des mouvements automatiques dans les segments inférieurs ; *b*) l'excitation électrique des ganglions thoraciques arrête ces mouvements automatiques ; 2° l'excitabilité, après les contractions spontanées, est diminuée ou abolie pendant une sorte de *période réfractaire*.

M. Troisier conclut que le suc gastrique pur doit son acidité à l'acide chlorhydrique. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mai 1899. — Présidence de M. le P[r] Panas.

La sympathicectomie.

M. F. Frank a étudié physiologiquement les effets de cette opération sur la circulation du cerveau, du corps thyroïde, de l'œil, du cœur. Voici ses conclusions :

1° Le cordon cervical du sympathique agit comme un nerf propulseur du globe oculaire, grâce à son action sur le muscle de Müller, et non par son action vaso-dilatatrice rétroculaire qui n'est pas démontrée.

2° Ce nerf agit sur la circulation intra-oculaire à la fois comme constricteur et comme dilatateur des vaisseaux. Sa section diminue la tension intra-oculaire et peut intervenir utilement dans le glaucome.

3° Le sympathique cervical n'agit pas comme vaso-dilatateur thyroïdien ; il fait contracter les vaisseaux du corps thyroïde. Sa section ne peut qu'ajouter une vaso-dilatation paralytique à la congestion active du goitre exophtalmique. Les nerfs vaso-dilatateurs, thyroïdiens, sont contenus dans les nerfs laryngés surtout dans le supérieur, nerf qui échappe aux tentatives de résection.

4° Aucune expérience n'a démontré l'action excito-sécrétoire thyroïdienne du sympathique. La résection de ce nerf n'agit vraisemblablement pas pour atténuer la sécrétion thyroïdienne, du moins d'une façon directe.

5° L'action vaso-constrictive cérébrale du sympathique n'est pas douteuse, Son action vaso-dilatatrice cérébrale n'est encore qu'hypothétique. Par suite, la section du cordon cervical ne peut qu'activer le courant sanguin cérébral. Le bénéfice qu'on en peut retirer au point de vue des accidents de la maladie de Basedow et de l'épilepsie nous semble au moins problématique.

6° Le sympathique cervical n'agit pas directement sur les vaisseaux protubérantiels bulbaires et spinaux supérieurs. C'est au nerf vertébral qu'est dévolue cette action vaso-motrice. Nous ne connaissons que son influence vaso-constrictive vertébrale ; l'effet vaso-dilatateur direct de ce nerf n'a pas été clairement établi.

7° Les nerfs cardiaques accélérateurs du sympathique ne sont fournis qu'en faible proportion par le cordon cervical ; ils émanent en majorité de la région thoracique supérieure ; leur suppression n'est dès lors complète que dans l'opération de la résection totale.

8° Tout l'appareil sympathique, tant thoracique que cervical superficiel et profond, est doué de la sensibilité directe et transporte au bulbe et à la moelle cervico-dorsale, par des nerfs centripètes, les excitations provenant surtout du cœur et de l'aorte. Il nous paraît logique de penser que la résection du sympathique agit au moins autant pour supprimer la transmission vers les centres d'excitations anormales d'origine cardio-aortique que pour supprimer des influences centrifuges, thyroïdienne, encéphalique et cardiaque. Les irritations aortiques et cardiaques, tout comme celles du sympathique, sont capables de provoquer un ensemble de réactions circulatoires qui rappellent les accidents de la maladie de Basedow, y compris la vaso-dilatation thyroïdienne. Par suite, la résection totale du sympathique pourrait intervenir utilement tout au moins dans la forme réflexe grave d'origine aortique. Mais nous n'avons pas à apprécier la valeur clinique de la sympathicectomie, désirant nous borner à fournir aux cliniciens des indications dont ils pourront ensuite tirer parti.

Massage oculaire dans l'hypermétropie.

MM. Domec et Darier montrent l'utilité du massage de l'œil dans l'hypermétropie et même dans certains cas de myopie.

Les rayons X et l'estomac.

M. Foveau de Courmelles étudie l'exploration de l'estomac par les rayons X après ingestion de sous-nitrate de bismuth. Il montre une radiographie très nette obtenue par ce procédé. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mai 1899. — Présidence de M. le P[r] Raymond.

Malformations congénitales du thorax et du cœur.

M. Appert présente un jeune malade qui offre des malformations thoraciques et une anomalie cardiaque. Ces malformations thoraciques consistent en dépression du thorax au-dessous du sein. Ces malformations sont congénitales. En outre, le malade est atteint de rétrécissement de l'orifice pulmonaire. Ces malformations tiennent, d'après l'auteur, à la compression utérine par manque de liquide amniotique. Plusieurs faits analogues ont été signalés depuis Hippocrate jusqu'à M. Lannelongue. Le rétrécissement pulmonaire paraît aussi avoir la même pathogénie que les déformations thoraciques.

M. Raymond rappelle que ces malformations ont été déjà notées fréquemment par les aliénistes comme stigmates de dégénérescence. Elles coïncident aussi souvent avec les myopathies.

La diète hydrique dans l'urémie.

M. Rénon rappelle que le lait est souvent mal toléré chez certains albuminuriques dyspeptiques. Chez les urémiques qui ne supportent pas le lait, on doit d'abord les soumettre à la diète hydrique, puis aux féculents et aux farineux, ensuite au lait et en dernier lieu au régime mixte. M. Rénon signale de nombreux cas où l'on dut, chez des urémiques, remplacer le lait par l'eau pendant trois jours environ, puis on ajoute à l'eau des féculents. M. Bar a employé dans l'urémie gravi-

dique la diète hydrique avec des résultats des plus satisfaisants.

Dextrocardie à la suite de pleurésie droite ancienne et de péribronchite syphilitique.

M. LÉPINE a observé une femme atteinte de syphilis tertiaire, qui avait été atteinte de pleurésie droite, peu à peu le cœur s'était porté en masse à droite en conservant son obliquité. Elle était donc atteinte de dextrocardie consécutive ou ratatinement du poumon sous l'influence d'une pleurésie droite et d'une péribronchite syphilitique. La malade mourut de pneumonie et l'on put vérifier exactement à l'autopsie le diagnostic clinique.

Péribronchite syphilitique.

M. LÉPINE a observé chez un jeune homme une autre péribronchite syphilitique ayant déterminé une compression d'une bronche dont les signes disparurent sous l'influence de l'iodure de potassium.

Traitement de l'ectropion du col utérin.

M. SIREDEY traite les ectropions du col utérin par des scarifications linéaires systématiques analogues à celles que font dans certains cas les dermatologistes. Ces scarifications déterminent une saignée utile et de plus amènent la formation de tissu scléreux qui détruit les glandes, tandis que les cautérisations superficielles oblitèrent l'orifice des glandes, amènent la formation de kystes glandulaires et l'hypertrophie du col. Ce traitement ne saurait convenir à tous les cas, mais peut assez souvent prévenir une intervention chirurgicale plus importante.

M. JACQUET a obtenu d'excellents résultats par la même méthode que celle communiquée par M. Siredey. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 mai 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement de la tuberculose testiculaire.

M. POTHERAT se basant sur sa propre expérience et sur l'observation de malades opérés par d'autres chirurgiens, montre que la castration unilatérale, même précoce, ne met pas à l'abri de la récidive. Dans tous les cas de tuberculose qu'il a opérés par la castration, il a vu la récidive survenir du côté opposé. Il n'est pas démontré, comme on l'a prétendu, que la castration produise une influence régressive sur les lésions prostatiques. Étant donnée l'existence fréquente de lésions tuberculeuses au niveau des canaux déférents, des vésicules séminales et de la prostate, l'opération, pour être complète, devrait comprendre l'ablation de tous ces organes. L'influence fâcheuse de la castration sur le moral du sujet mérite aussi d'être prise en considération. En résumé, M. Potherat conseille l'ablation des noyaux localisés.

M. BAZY présente, à l'appui de cette discussion, un malade qui a subi assez récemment la castration unilatérale et qui récidive déjà de l'autre côté.

Traitement des hémorroïdes.

M. MONOD emploie pour la cure radicale des hémorroïdes un procédé, qui diffère sur plusieurs points de celui de Witehead. Avant d'opérer, il convient de soumettre le malade à deux purgations successives. L'anus étant dilaté au moyen du dilatateur de Trélat, les bourrelets hémorroïdaires sont saisis un à un et fixés par un clamp, qu'il faut avoir soin de placer bien parallèlement à l'axe du rectum, en le faisant remonter aussi haut que possible dans sa cavité. Cela fait, on sectionne au devant du clamp tout le paquet hémorroïdaire qui dépasse, et on suture ensuite en faisant une hémostase soignée. Par ce procédé, les paquets hémorroïdaires seuls sont réséqués, sans sacrifier de la muqueuse; en outre, la ligne de section étant parallèle à l'intestin, on évite ainsi les sutures cutanéo-muqueuses. M. Monod a retiré d'excellents résultats de ce procédé.

M. RECLUS rappelle que ce procédé ressemble beaucoup à celui qu'il emploie depuis plusieurs années. Il se sert de la cocaïne, qui procure une anesthésie suffisante pour cette opération. Au moyen de pinces de Kocher, il tire les paquets hémorroïdaires et jalonne de pinces la muqueuse saine ; il enlève alors tout ce qui dépasse. Si quelques vaisseaux donnent, on s'en rend maître par des points profonds au catgut. On termine par la suture. On commence par opérer un côté ; on passe ensuite à l'autre moitié. R. Reclus emploie un pansement, dont il est très satisfait : il place dans le rectum un gros tube, enroulé de gaze enduite de pommade polyantiseptique à l'orthoforme.

M. POZZI ne croit pas qu'il soit bien utile de pratiquer l'excision des paquets hémorroïdaires. Il craint les rétrécissements qui peuvent en être la conséquence ; en outre, l'asepsie de la plaie opératoire est difficile à réaliser, ce qui rend inutiles les tentatives de sutures. Aussi M. Pozzi s'en tient-il au vieux procédé de l'ignipuncture, qu'il pratique depuis plus de vingt ans. Après dilatation, il attire au dehors tous les paquets hémorroïdaires et les larde avec la pointe du thermocautère. Il fait pénétrer le thermo profondément, afin d'obtenir une sclérose des tissus profonds, n'ayant pas pour effet d'amener la rétraction de la muqueuse qui aurait pour résultat la formation d'un rétrécissement ultérieur. Ce simple procédé a suffi à M. Pozzi pour amener la guérison de gros paquets d'hémorroïdes turgescentes, qu'il eût été bien difficile d'enlever par excision.

M. TILLAUX se sert également du même procédé, depuis près de quarante ans. C'est à un procédé semblable qu'avait recours Dolbeau; seulement, au lieu du thermocautère, il cautérisait les hémorroïdes avec le cautère actuel. L'invention du thermocautère a bien perfectionné ce procédé.

Présentations.

M. BOUGLÉ présente un cas de kyste hydatique double qu'il a traité avec succès par le procédé de capitonnage de M. Delbet.

M. POIRIER montre un malade chez lequel il a pratiqué avec plein succès la suture du tendon du triceps, qui présentait une rupture complète, produite au cours d'une chute. Le résultat fonctionnel est aussi satisfaisant que possible.

M. POZZI présente une malade à laquelle il a extirpé un épithélioma du nez. Pour réparer la brèche entanée, il a pris un lambeau frontal qu'il a retourné et fixé sur la surface d'avivement.

M. JALAGUIER présente des appareils prothétiques en celluloid, envoyés par M. Calot (de Berck-sur-Mer).

P. RELLAY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 17 mai. — PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

M. FÈVRE présente un volume intitulé : *Notion élémentaire d'hygiène.*

Stérilisation industrielle des eaux potables par l'ozone.

M. ABRAHAM. — En 1891, M. Frœlich, en Allemagne, a montré que l'ozone pouvait servir à désinfecter les eaux de rivière. En 1895, Wandemagen est arrivé aux mêmes résultats. Marnier et Abraham ont fait des études analogues à Paris à l'Institut Pasteur et à l'Ecole Normale. L'air ozoné contenant 9 milligrammes d'ozone par litre ne stérilisait jamais une bande de toile trempée dans de l'eau de Seine; les brins de la toile ne permettant pas à l'ozone de venir contre l'eau. On a pris alors une bande métallique trempée dans l'eau ; l'eau a été stérilisée par un séjour de 1 à 10 minutes. La stérilisation se fait à la surface, l'ozone, ne pénètre pas dans l'eau; il faut donc renouveler abondamment la surface de contact, ce qu'on obtient par exemple avec un flacon rempli d'eau et d'air ozoné, qu'on agite pendant quelques minutes. L'expérience en grand a pu être faite à Lille pendant six mois. L'eau non traitée, ensemencée, donnait 2.200 germes par centimètre cube. La contre-expertise a été faite en décembre ; la concentration d'ozone était de 5 milligr. 8 par litre ; on a fait des ensemencements : les ballons n'ont pas poussé, généralement. Les expériences recommencées plusieurs fois ont toujours donné les mêmes résultats satisfaisants. Donc on peut dire que la stérilisation

de l'eau par l'ozone est possible dans des conditions industrielles; on obtenait 35 mètres cubes d'eau à l'heure.

M. LEROY-DESBARRES demande quelles sont les qualités de saveur de cette eau et l'importance des dépenses, le prix de revient.

M. ABRAHAM. — L'eau sent l'ozone très fortement pendant quelques minutes; rapidement l'eau n'a plus aucun goût. Quant au prix de revient, il est difficile de donner des renseignements : on peut dire que c'est quelques centimes par mètre cube que coûte l'eau par ce système.

M. LANDOUZY demande si cette eau ozonisée est toxique pour les plantes ou les animaux.

M. ABRAHAM. — L'eau n'est pas modifiée. MARTHA.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE LATINO-AMÉRICAIN

1re réunion tenue à Buenos-Ayres du 10 au 20 avril 1899.

Il semble que les Congrès médicaux internationaux tendent à s'acclimater dans l'Amérique espagnole parce que, à part le rôle important qu'ont eu les sciences médicales dans le Congrès scientifique Latino-Américain qui vient d'avoir lieu à Buenos-Ayres, il y a eu aussi au Mexique un deuxième Congrès pan-américain avec la participation de l'Amérique du Nord, et il est sur le point d'en être tenu un autre à Carracas, capitale de la République de Vénézuela, qui sera le troisième Congrès pan-américain.

La communauté d'origine et de langue qui relie les unes aux autres ces diverses républiques, excepté le Brésil (dont la langue portugaise serait pour beaucoup de Castillans un espagnol mal parlé), fait l'échange des idées parmi les savants de l'Amérique espagnole, extrêmement facile, quoique d'autre part, la difficulté des communications et le manque de commerce les tiennent éloignées les unes des autres. Cela dit, nous nous bornerons à donner une légère idée de la nature des travaux présentés à ce Congrès et nous nous arrêterons sur ceux qui, par leur originalité, ont frappé notre attention.

M. le Dr Wenceslao TELLO communique un travail remarquable sur la *respiration buccale permanente,* insistant sur les suites que cette funeste habitude a sur les maladies permanentes de l'oreille, et il appelle en même temps l'attention des instituteurs de la première enfance et des médecins inspecteurs des dits établissements. Les dernières statistiques recueillies par M. Tello sont notables et très alarmantes. D'après le dénombrement de 1895, la République Argentine a une population de 4 000.000 d'habitants, parmi lesquels 6.000 sont des sourds-muets, c'est-à-dire 14,20 pour 10.000, soit le double de l'Europe entière (7 à 8 pour 10.000). A Jujuy, le nombre des sourds-muets était en 1869 de 196 pour 10.000 et, en 1895, de 116 pour 10.000. Chiffres — s'écrie M Tello — qui sont pour la République Argentine, une honte nationale et scientifique. Le même auteur signale que la respiration buccale habituelle, entre la diurne et la nocturne, et de 10 p. 100. Il y a plus de 100.000 habitants qui respirent la bouche ouverte (*boquiabertos*) ; 80 000 enfants avec l'appareil de l'ouïe compromis ; 60.000 avec des productions adénoïdes et, comme nous l'avons déjà vu, 6.000 sourds-muets. Cela compte.

M. le Dr Andrés J. LLOBET a entretenu le Congrès d'une communication sur le *lait végétal dans l'alimentation de l'homme.* L'auteur désigne sous le nom de *lait végétal* ou *chocloïne* (de *choclo*, un provincialisme argentin pour nommer le maïs tendre ou nouveau), l'extrait aqueux de ce grain dépouillé de sa matière cellulleuse et donné dans un bouillon.

Voici l'analyse chimique de ce produit pour 100 parties :

Eau	46 51
Amidon	29 25
Matières protéiques	8 87
Lactose	8.33
Cellulose	4.14
Graisse	1.89
Sels	1.01

Comme on vient de le voir, la *chocloïne* résulte être un produit plus riche que le lait de femme en matières protéiques en lui restant intérieur par les graisses. L'auteur aurait administré avantageusement ce nouveau produit dans plusieurs cas pathologiques.

M. le Dr MONCORVO fils, appelle l'attention des congressistes sur le traitement de la *gioulera au moyen de l'ichtyol.* Dans 4 cas personnels traités par ce moyen en doses de 0 gr. 50 à 2 grammes par jour, M. le Dr Moncorvo aurait toujours obtenu des effets curatifs permanents. Le diagnostic de la maladie a toujours été fait par l'examen microscopique.

La lèpre a-t-elle existé en Amérique à l'époque pré-colombienne? Telle est la question que M. le Dr LEHMANN NITSCHE résout par l'affirmation en présence de 8 poteries (*alfarerias* ou *cacharros*) péruviennes appartenant au musée de La Plata et dans lesquelles des individus apparaissent avec des mutilations du nez, de la lèvre supérieure et des pieds. Des savants comme Virchow n'ont pas osé jusqu'à présent se prononcer dans le même sens appuyés seulement sur des documents d une valeur très discutée, ce qui semble raffermir l'opinion généralement acceptée, que la lèpre a été introduite en Amérique par ses conquérants et que, avant la conquête, elle était absolument inconnue dans le monde de Colomb. Le fait de Gonzalès Iménez de Quesada a presque la valeur d'une preuve incontestable. Ce conquérant de la Nouvelle Grenade, aujourd'hui Colombie (et non de Bolivia, comme, par erreur, l insinue l'auteur de la communication) succomba quelques années après à Mariquita, de la lèpre ; et, depuis lors, cette maladie a fait de tels ravages et s'est propagée avec une telle rapidité que, si l'on en croit quelques écrivains colombiens, le nombre des lépreux serait à présent de 20.000.

Pour donner une idée plus exacte de l'influence de ce Congrès, nous insérons à continuation les listes des principales communications :

Le service de la vaccination au Chili, par le Dr A. Murillo. — Le vaccin à la République argentine, par le Dr J. J. Diaz. — La lèpre à l'Uruguay, par le Dr J. Canabal. — Contribution à l'étude du cristallin cataracté, par le Dr Demichéri. — Le cancer à Buenos-Ayres et son traitement, par le Dr Decoud. — Du vaccin et de la vaccination charbonneuse, par le Dr J. Mendès. — Sur le sérum anticharbonneux, par les Drs J. Mendès et I. Lemos. — Des viscères flottants, par le Dr Werniche. — Les tuberculeux de la République argentine, par le Dr S. Guche. — De la défense sanitaire maritime contre les maladies exotiques voyageuses, par le Dr L. Agote. — Contribution à l'étude bactériologique de l'anthrax, par le Dr J. Lémos. — Effets de l'excavation de terre et de la pression atmosphérique sur quelques maladies à Buenos-Ayres, par le Dr D. T. R. Davison. — Contribution à l'étude de la peptonisation et de la saccharification gastriques, par le Dr R. de Miero. — Traitement chirurgical des névralgies rebelles du trijumeau, par l'extirpation intercranienne des ganglions de Gasser, par A. Gutierries. — Chirurgie de guerre, service de premier rang. — Indications chirurgicales, par le Dr P. Palm. — Le suicide à Buenos-Ayres, par le Dr Rodriguez. — Chirurgie du cœur, par le Dr J. C. Rissa. D.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. de Fornel, médecin en chef de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de service. — M. Dourtal, médecin de 1re classe, au port de Lorient, a été désigné au 3e tour pour embarquer sur le *Condor* Crètel, en remplacement de M. le Dr Casanova qui termine deux années d'embarquement. — M. Rolland, médecin de 2e classe, du port de Rochefort, est désigné pour servir au 1er régiment d'infanterie de marine au Sénégal, en remplacement de M. le Dr Mesny qui termine sa période de séjour colonial. M. Rolland prendra passage sur le paquebot partant de Bordeaux le 2 juin prochain — On été promu : Au grade de directeur du service de santé. M. le Dr Michel, médecin en chef, en remplacement de M. le Dr Merlin, retraité, au grade de médecin en chef. : M. le Dr Burot, médecin principal, en remplacement de M. Michel, promu ; M. Breton, médecin principal, en remplacement de M. de Fornel admis à la retraite. — Au grade de médecin principal : M. le Dr Vergos, médecin de 1re classe, en remplacement de M. Burot, promu ; M. Arène, médecin de 1re classe, en remplacement de M Breton promu. — Au au grade de médecin de 1re classe. M. le docteur Dumas, médecin de 2e classe, en remplacement de M. Vergos, promu ; M. Denis, médecin de 2e classe, en remplacement de M Arène promu ; M. Gombaud médecin de 2e classe en remplacement de M. Percheron, décédé. — La démission de son grade, offerte par M. Mariot, médecin de 2e classe des colonies, a été acceptée.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

I. — De l'aspiration des corps mous dans la vessie; par LAMARD. (Thèse de Paris.)

I. — Les corps mous, caillots, fausses membranes, fragments de néoplasmes, corps étrangers, peuvent déterminer dans la vessie une foule d'accidents tels que rétention d'urine, augmentation des accidents infectieux, hémorragies provoquées par la congestion vésicale qu'entretient la présence de ces corps. Rien n'est plus facile que de débarrasser la vessie en aspirant ces corps mous au moyen de l'aspirateur de Guyon et d'une sonde rigide d'un assez gros calibre. M. Lamard parfois conseille de placer après l'aspiration une sonde à demeure dans la vessie.

II. — Examen histologique des néoplasmes vésicaux; par MOTZ.

II. — M. Motz, en examinant 87 tumeurs vésicales qui proviennent soit de la clinique de Necker, soit de la clientèle particulière de M. le Pr Guyon, a trouvé : cancer, 13 cas; cancroïde, 2 cas; adénome dégénéré, 3 cas; fibro-myome, 2 cas; myome, 1 cas. La différence notable entre les statistiques d'auteurs, qui ont publié les statistiques des tumeurs vésicales, s'explique bien par les conditions dans lesquelles les tumeurs ont été recueillies. Dans un service comme la clinique de Necker où les malades, avec les tumeurs inopérables, peuvent rester jusqu'à la mort, la quantité de tumeurs malignes est plus grande que dans les services où on ne garde que les malades opérables. M. Motz a observé sept cas de tumeurs vésicales qui avaient récidivé et il ne trouve pas de preuves suffisantes pour affirmer, comme le font certains auteurs, que les tumeurs bénignes récidivent ordinairement sous la forme maligne.

III. — Néphrotomie au douzième jour d'une anurie calculeuse; par POUSSON (de Bordeaux).

III. — M. Pousson rapporte une observation d'anurie calculeuse intéressante par deux points : l'époque tardive à laquelle elle est intervenue et un accident instructif survenu le quatrième jour après la néphrotomie. Il s'agit d'un homme de 69 ans, graveleux et calculeux depuis de longues années, ayant eu plusieurs crises de colique néphrétique, toujours à droite, qui vit tout à coup, à la suite d'une nouvelle colique, la sécrétion urinaire se supprimer. Le malade, traité d'abord médicalement, fut vu par M. Pousson au douzième jour ; à ce moment, l'euphorie était parfaite : température normale, pouls plutôt fréquent, pas de phénomènes toxhémiques; le seul symptôme était un anasarque généralisé, mais beaucoup plus prononcé à droite qu'à gauche, rappelant ces œdèmes unilatéraux signalés par M. Potain dans les affections rénales. Dès le lendemain, le rein est incisé, et l'on trouve dans les calices et le bassinet quatre gros calculs irréguliers mais non rameux que l'on enlève. Le cathétérisme de l'uretère est tenté, mais la bougie ne pénétrant pas dès les premières tentatives, on y renonce et on se contente de placer un drain dans le rein et de faire, au-dessus et au-dessous, la suture des parois. Trois heures après, le malade a rendu près de 600 grammes d'urine peu sanguinolente, et les jours suivants l'émission par le canal se fait dans les conditions habituelles après la néphrotomie ; mais le quatrième jour cette émission cesse et toute l'urine passe par le drainage rénal. Les choses restent ainsi pendant une dizaine de jours, puis l'urètre redevient perméable. Le malade pouvait dès lors être considéré comme définitivement guéri, lorsque sa plaie rénale ayant été infectée, il succomba dans le courant du quatrième mois à des accidents de pyélo-néphrite. L'autopsie ne put être faite, mais il est infiniment probable que le rein gauche était congénitalement absent ou physiologiquement supprimé. L'incident post-opératoire de la suspension du passage des urines par l'uretère est des plus instructifs, car il fait bien ressortir l'utilité qu'il y a à ne pas pratiquer la suture du rein incisé pour anurie calculeuse. Il est incontestable que si la néphrorraphie avait été pratiquée chez ce malade, il aurait fallu désunir la suture; d'ailleurs, d'autres raisons de physiologie pathologique doivent aujourd'hui imposer cette conduite.

IV. — Néphrotomie pour anurie calculeuse; par VIGNARD (de Nantes).

IV. — M. Vignard relate un cas de néphrotomie pour anurie calculeuse. Il s'agissait d'un vieillard de 70 ans, anurique depuis cinq jours, urémique depuis 36 heures. La néphrotomie pratiquée d'urgence fut suivie de la disparition immédiate des phénomènes urémiques. La miction naturelle ne reparut définitivement qu'au bout de 48 jours après expulsion par l'urètre d'un calcul du volume d'un haricot. Il insiste sur la bénignité remarquable des suites opératoires : son malade se levait le cinquième jour après l'intervention. L'auteur proteste contre les manipulations prolongées, et en particulier l'énucléation laborieuse du rein, qui souvent précède la néphrotomie. Ces manœuvres compromettent l'intégrité du parenchyme rénal et expliquent la persistance de l'urémie et l'issue fatale encore si fréquemment observée.

V. — Hystéroscopie; par CLADO.

V. — M. Clado expose un procédé de cystoscopie applicable principalement chez les femmes. Le cystoscope à lumière interne ne convient pas pour les lésions difficiles à voir comme la granulation tuberculeuse. Au contraire, le cystoscope à lumière externe permet de voir même les lésions les plus infimes. Il faut suivre le procédé de Kelly pour examiner la moitié supérieure de la vessie et le procédé de M. Clado pour la moitié inférieure de l'organe. Il consiste à placer la malade en inversion et permettre à l'air, une fois l'instrument en place, de dilater la cavité de la vessie. Il est alors facile de la parcourir en tous sens avec le tube de l'instrument. Il préfère un instrument, l'hystéroscope, au cystoscope, qui permet de démasquer rapidement le tube et éponger sur le point obscur et de le replacer aussi avec facilité, avec la même rapidité.

VI. — De la suture immédiate du rein après néphrotomie pour anurie calculeuse; par LOUMEAU (de Bordeaux).

VI. — L'idée de la néphrorraphie immédiate ne saurait venir à l'idée chez la grande majorité des sujets, ordinairement très gras, atteint d'anurie calculeuse et pour lesquels ont est appelé à pratiquer la néphrotomie. La profondeur du champ opératoire ; la congestion énorme du rein opéré; l'inévitable altération du parenchyme rénal à la suite d'une anurie remontant souvent à un assez grand nombre de jours; l'état très grave des malades que l'on opère moins pour une fermeture rapide de la plaie que pour conjurer par la fistulisation du rein, une mort imminente ; enfin, les difficultés qui fréquemment nous empêchent de vérifier séance tenante la perméabilité du conduit uretéral ; ce sont là autant de raisons qui plaident contre la réunion primitive en pareils cas. L'auteur a pu, chez deux anuriques, l'utiliser avec succès. Ces deux malades réalisaient, à la vérité, les conditions qui semblent théoriquement les plus favorables à la réussite de la suture rénale. Il s'agissait de femmes jeunes et maigres, arrivées seulement au troisième jour de leur anurie et chez lesquelles après le complet débarras de graviers oblitérant le bassinet, il a pu constater, par un facile cathétérisme rétrograde, la liberté complète de l'uretère sous-jacent. Chez l'une et chez l'autre opérée, la plaie du rein suturée au catgut dans toute sa hauteur a guéri très simplement par première intention et l'urine n'a pas un seul instant filtré par la plaie lombaire. Ces deux cas permettent de dire que si, en règle générale, la néphrostomie est indiquée à la suite de l'ouverture chirurgicale du rein frappé d'anurie calculeuse, est, en certain, cas bien déterminés, permise et susceptible d'un excellent résultat.

VII. — Volumineux calcul vésical; par H. BOUSQUET.

VII. — L'auteur signale quatre observations de calculs traités par la taille hypogastrique. Deux de ces cas se rapportent à des vieillards de 73 à 76 ans qui ont guéri sans complications, mais en conservant pendant plusieurs semaines une ouverture à la région hypogastrique. Au contraire, chez un enfant de huit ans la vessie a été d'emblée suturée complètement et la réunion par première intention a été obtenue.

La quatrième observation est celle d'une fillette de 13 ans

qui s'était introduit une épingle à cheveux dans la vessie, un calcul s'était développé autour de cette épingle, dont les pointes avaient perforé la paroi antérieure de la vessie, collection néo-purulente de la cavité de Retzius, la suture eût été plus que téméraire.

L'étude de ces observations conduit aux conclusions suivantes :

1° A la suite de la taille hypogastrique la suture vésicale nous paraît indiquée toutes les fois que les parois du réservoir urinaire sont saines et qu'il ne se trouve pas en aval, d'obstacle susceptible de s'opposer à l'émission de l'urine.

2° Dans les conditions opposées, parois vésicales altérées ou gêne à l'émission de l'urine, la plaie sus-pubienne doit être laissée ouverte partiellement au moins.

VIII. — Volumineux calcul vésical extrait par la taille hypogastrique; par Chevalier.

VIII. — Sur un malade de 45 ans que M. Chevalier a opéré à l'hôpital Necker le 16 septembre dernier, il a extrait un calcul phosphatique en galet de 190 grammes.

Le sujet est tuberculeux depuis longtemps, cachectique et miséreux. Il souffrait depuis très longtemps de troubles urinaires, avec urines très troubles, cystite intense et fausse incontinence. Il l'a opéré en pleine fièvre (40°,2) par la taille hypogastrique, sans le ballon de Petersen et en utilisant la position inclinée de Trendelenburg, a trouvé le cul-de-sac péritonéal très adhérent : il dut le disséquer au bistouri, il y a eu une petite blessure du péritoine fermée immédiatement par un surjet de catgut ; un abcès prévésical fut ouvert; la vessie considérablement épaissie et comme lardacée fut ouverte, et après avoir agrandi l'ouverture on put extraire assez péniblement un calcul phosphatique en forme de galet de 6 centimètres 1/2 sur 4 1/2 et d'un poids de 190 grammes; on draina la vessie par les tubes siphons.

Les suites opératoires n'ont rien eu de spécial du côté de l'appareil urinaire. Mais l'état général et surtout l'état pulmonaire sont mauvais, la tuberculisation s'accentue (3e degré), de sorte que le 12 octobre le pronostic reste des plus réservés.

En 1896, à Necker, Chevalier, avec Mayet, enleva un calcul encore plus gros, il pesait 250 grammes.

Il croit qu'il aurait eu avantage ici à se servir du ballon de Petersen, dont l'emploi semble trop facilement abandonné. Il n'eût pas, il est vrai, rendu plus facile le décollement du cul-de-sac péritonéal, maintenu par les vieilles adhérences de péricystite ancienne, mais il eût facilité beaucoup la reconnaissance de la vessie.

IX. — Traitement des pyélonéphrites par le lavage du bassinet; par Albarran.

IX. — M. Albarran a soigné, depuis un an, six malades atteints de pyélite unilatérale et ne présentant pas d'accidents fébriles. Il a pratiqué dans ces cas, à l'aide du cathétérisme cystoscopique de l'urètre malade, le lavage du bassinet, d'abord avec de l'eau boriquée, ensuite avec du nitrate d'argent au 1/1.000.

Dans trois cas, il s'agit de pyélites avec urines très purulentes, à pus crémeux, sans rétention rénale. Chez ces trois malades il a vu après 5, 7 et 11 lavages du bassinet de remarquables améliorations; chez toutes, les accidents douloureux ont disparu, et les urines sont redevenues beaucoup plus claires.

Chez une quatrième malade il s'agit d'une pyélite légère, sans rétention, qui a été très améliorée par un seul lavage, amélioration constatée un mois et demi après le lavage du rein.

Les deux dernières observations ont trait à des reins mobiles ayant de légères rétentions rénales, leur bassinet contenant de 15 à 20 grammes d'urine trouble ; une de ces malades guérit complètement après des lavages et une opération d'hépatopexie pratiquée par M. Genouville. Chez la seconde malade, la rétention de 20 grammes persiste, mais l'urine du bassinet malade est maintenant limpide.

Ces résultats ont été obtenus souvent avec une surprenante facilité, surtout dans les cas d'infection légère. Ils peuvent permettre d'espérer que le cathétérisme urétral pourra permettre de guérir certaines bactériuries pyélitiques rebelles à tous les traitements.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. — Néris. Contribution à l'étude du climat, des eaux minérales et des indications: par le Dr Aubel.

I. — Après avoir fait l'exposé des avantages de Néris au point de vue géographique et climatérique, le Dr Aubel expose le mode d'application des eaux minérales bicarbonatées mixtes de cette station. Les bains, les bains prolongés souvent prescrits durant les cures à Néris, les douches chaudes, les douches vaginales, les douches ascendantes, les douches froides, les douches massages, les irrigations pharyngiennes, les bains et les douches de vapeur sont les principales pratiques de Néris.

Les premiers bains de Néris, pris à une température et d'une durée convenables, produisent en général une sensation de calme, de délassement et de bien-être qu'aucune autre eau minérale ne procure. La peau devient blanche, douce, veloutée comme si elle était poudrée par les matières organiques; le teint s'éclaircit, la circulation sous-cutanée paraît plus facile, les veines plus bleues, la pression artérielle est augmentée, l'appétit meilleur, le sommeil plus calme et plus réparateur.

Mais la sédation, la régularisation des échanges nutritifs, l'équilibre des fonctions nerveuses se continuent rarement d'une façon progressive. L'amélioration générale subit des contre-temps et procède par crises. Aux premiers jours de bien-être succède le plus souvent un retour de symptômes morbides qui déconcerte les malades. Le choréique dont les mouvements involontaires se sont atténués les voit revenir violents et fréquents après quelques bains, puis disparaître quelques heures, pour apparaître de nouveau et diminuer ensuite progressivement jusqu'à la guérison. Les échanges nutritifs ne sont pas moins troublés, pendant le traitement, que les phénomènes nerveux. Dans la plupart des cas, le système nerveux et l'organisme tout entier semblent, pendant la cure nérisienne, faire effort pour se débarrasser rapidement, avec le moins de gêne et de douleur possible, des crises douloureuses ou d'excitation qui les menacent. L'action des eaux paraît à la fois perturbatrice et équilibrante : perturbatrice pendant le traitement, *équilibrante par le résultat.*

Toutes les maladies et tous les symptômes morbides caractérisés par *l'hyperexcitabilité, l'hyperesthésie, la douleur, le spasme, les troubles nutritifs* s'accompagnant d'éréthisme ou dépendant du système nerveux, sont sujets de Néris. Lorsque la nutrition est profondément viciée, que les incitations périphériques non seulement doivent être énergiques, mais encore secondées par une action chimique directe sur les humeurs, des eaux plus excitantes et plus minéralisées rendront des services plus sérieux et plus sûrs.

Les affections dans lesquelles Néris est plus particulièrement indiqué sont : 1° le nervosisme, les névropathies et les névroses; 2° les maladies du système nerveux central présentant un caractère douloureux et d'excitation; 3° les dermatonévroses ; 4° les affections rhumatismales plus particulièrement lorsqu'elles sont douloureuses et erratiques ; 5° les maladies des femmes liées à un état névropathique antérieur.

Les contre-indications absolues de Néris sont le cancer et la tuberculose.

II. — La douche tamisée; par M. Bénard.
(*Ann. d'hydrologie,* 1899.)

II. — La douche tamisée d'eau minérale à haute pression employée à Saint-Christau constitue un procédé mixte, intermédiaire entre la douche en arrosoir et la pulvérisation véritable; douée de propriétés spéciales, qui la distinguent de ces dernières, elle doit être réservée à certains cas particuliers contre lesquels elle devient un puissant moyen d'action. Son efficacité est particulièrement démontrée dans les *dermatoses prurigineuses localisées* et *torpides,* et surtout dans le *lichen corné* et les *affections caractérisées par l'hypertrophie papillaire, l'infiltration chronique du derme et l'hyperkératinisation.*

III. — Bourbon l'Archambault. Index clinique et pratique : par P. Regnault. (*Bull. méd.,* 17 mai 1899.)

III. — Les eaux de Bourbon-l'Archambault sont des eaux

chlorurées sodiques, bicarbonatées mixtes, bromo-iodurées, arsénicales. L'eau thermale s'administre en boisson à la dose de un à quatre verres. Mais l'usage interne n'est que le complément de l'usage externe, qui est sans contredit le plus important. Le traitement externe est employé sous forme de *bains* de baignoire ou de piscine, de *douches* générales, locales ou avec massage, *ascendantes, irrigations*. C'est l'eau thermale, refroidie ou non, mais sans aucun mélange d'eau ordinaire qui alimente les bains et les douches.

L'action des eaux de Bourbon-L'Archambault due à leur thermalité, à leur constitution chimique, à leur état électrique, actuellement bien démontré, est *altérante, résolutive* et *tonique*, excitante de toutes les fonctions de nutrition.

La cure est contre-indiquée : chez les cardiaques à lésions valvulaires *si le myocarde a perdu son énergie, si la compensation n'est pas parfaite*, à plus forte raison s'il existe de l'asystolie ou de la congestion pulmonaire. Dans la tuberculose pulmonaire à marche rapide et hémorragique, les métrites aiguës et subaiguës, et les fibromes à tendance hémorragique, les tumeurs néoplasiques, la grossesse sont autant de contre-indications. Bourbon-L'Archambault est indiqué : 1° Dans certaines diathèses et dyscrasies ; 2° les paralysies ; 3° les affections chirurgicales et gynécologiques.

IV. — Amélie-les-Bains. Le climat et les eaux sulfureuses; par VAN MERRIS. (Maloine, édit., 1898.)

IV. — Dans ce mémoire, couronné par l'Académie de Médecine, l'auteur insiste sur la climatologie, les améliorations hygiéniques d'Amélie-les-Bains. Il s'étend sur la composition chimique des eaux et l'organisation des hôpitaux et des établissements de la station. L'étude médicale proprement dite sur l'action physiologique, les indications et les contre-indications n'est pas faite dans cet opuscule.

BIBLIOGRAPHIE

L'esprit scientifique contemporain; par le Dr FOVEAU DE COURMELLES. (Un vol. in-12, de la bibliothèque Charpentier, Paris, 1899.)

Il ne s'agit pas, comme on pourrait le croire, d'une étude psychologique de l'esprit scientifique considéré en lui-même, comme une entité abstraite. L'auteur, vulgarisateur bien connu, constate que sous l'influence préparatrice du siècle précédent l'esprit scientifique ou mieux la science même a pénétré en celui-ci non seulement tous les milieux, mais toutes les conditions même les plus infimes de la vie moderne. C'est ce travail d'invasion jadis pénible et lent, de nos jours rapide et généralisé que ces pages nous font poursuivre. Tous les modes, toutes les formes, toutes les manifestations de notre activité publique et privée subissent l'influence dominatrice de la science « plus que reine » qui les imprègne et les dirige. Depuis les humbles travaux de la cuisine jusqu'à la plus sublime métaphysique, depuis les élémentaires nécessités jusqu'aux plus raffinés divertissements, politique, industrie, art, occultisme, morale, justice, etc., etc., tout est successivement considéré. C'est dire que ce volume, qui en 400 pages examine près de 2.000 sujets différents, échappe forcément à l'analyse et exige une lecture attentive et non sans attrait, grâce à la note personnelle qui permet de trouver à côté de l'« esprit scientifique » celui de l'auteur avec ses prédilections et ses antipathies. M. Foveau juge en biologiste, surtout en médecin, peut-être même trop en spécialiste... Voir en particulier les bonnes pages consacrées aux falsifications, à la pharmacie, à l'exercice de la médecine, aux microbes, à la politique, à l'usage des concours... Avec plus ou moins de citations il y aurait eu peut-être plus de justice. Malgré tout, cette revue au galop de toutes les actualités alignées devant la raison scientifique est en somme une heureuse réponse à la « faillite de la science » de M. Brunetière ; il faut la lire.

F. BOISSIER.

La septicémie péritonéale et son traitement; par LUDVIG GRAFT. (*Nordiskt Medicinskt Arkiv* ; Band X, Haft, 2.)

L'auteur a fait, en vue de l'etude de la septicémie péritonéale, l'analyse de 203 laparotomies opérées par M. le professeur Studsgaard pour différentes maladies des organes de l'abdomen. Il a d'abord analysé le shock opératoire, montrant que c'est une chose très compliquée. Il conclut que le shock dépend de l'affaiblissement du sujet pendant l'opération, de l'hémorragie, ainsi que de l'anesthésie chloroformique, symptômes dont la combinaison provoque la diminution de la vitalité. Il conseille en conséquence de pratiquer l'anesthésie locale partout où elle peut s'exécuter. Dans tous les cas, sans septicémie péritonéale, on peut mesurer le shock par l'excrétion d'urée, qui diminue toujours les premiers jours de l'opération, et atteint son minimum le troisième ou le quatrième jour, pour se relever ensuite lentement jusqu'à sa quantité normale. La diminution de l'excrétion d'urée est presque proportionnelle à la durée de l'opération.

Dans les cas de septicémie péritonéale, l'excrétion de l'urée est à peu près proportionnelle à la température. Quant à la diurèse, on y trouve la même diminution, mais elle est plus constante qu'on ne le croyait autrefois, même dans les cas lithaux, et il est par conséquent impossible de tirer des conclusions pronostiques à l'aide de la diurèse.

Relativement à la septicémie, l'auteur a pu constater, dans le plus grand nombre des cas, que l'infection provient de la malade elle même, et dans 11 cas seulement, c'est-à-dire 5 0/0 de la totalité, il n'a pas été possible de découvrir la source de l'infection. Il y a tout spécialement lieu de remarquer dans ces cas qu'il s'agit de malades épuisées par le cancer, des tubercules, de grandes tumeurs de l'utérus, etc., de personnes extrêmement susceptibles d'infection péritonéale, par suite de la diminution de la vitalité. Dans ces cas, l'auteur a fait l'analyse des différentes voies d'infection : infection par l'air, infection hématogène, infection de contact, et à l'aide d'une série d'expériences sur des lapins, il arrive au résultat que l'infection de contact est la plus plausible.

Dans les cas où l'infection est venue de la malade ellemême, particulièrement dans les salpingectomies, où le pus est entré dans la cavité péritonéale, l'auteur montre par les journaux d'hôpitaux qu'ordinairement ces cas sont sans danger, et il explique ce fait, comparé avec les résultats de l'expérience comme une auto-immunisation produite par l'absorption des toxines et des microbes antérieurement à l'opération.

Quant au diagnostic, l'auteur montre qu'il est très difficile dans les cas les plus bénins, et que la température ne donne pas toujours la mesure d'une infection, vu qu'elle peut être l'expression d'une absorption des liquides stériles. Le liquide d'un kyste de l'ovaire peut causer par exemple une fièvre aseptique.

Les cas graves sont très faciles à diagnostiquer, mais on peut être dans le doute s'il s'agit d'une infection péritonéale sans altérations pathologiques du péritoine, ou d'une péritonite purulente, d'une paralysie de l'intestin ou d'un ileus.

Quant au traitement, l'auteur conseille les bains froids et le traitement d'alcool en fortes quantités, qui ont donné de très bons résultats.

On n'a pas essayé la transfusion ou l'injection sous-cutanée d'eau, mais se fondant sur les résultats de l'étranger, l'auteur recommande aussi ce traitement.

Le traitement agressif, c'est-à-dire l'ouverture de l'incision péritonéale, et le lavage du péritoine n'a donné ni à l'auteur, ni aux hommes de l'art étrangers, des résultats dignes d'imitation.

Diagnostic des syphilides cutanées; par MARSHALL. (*Treatment*, juillet 1898, p. 289.)

L'auteur rappelle les caractères classiques des syphilides cutanées de la période secondaire : polymorphisme, coloration, absence de prurit, groupement.

Les éruptions précoces ont plus de tendance à la symétrie que celles qui surviennent ensuite. L'auteur passe ensuite en revue les principales formes de syphilides (syphilides érythémateuses, maculeuses, papuleuses, squameuses, circinées, vésiculeuses ou pustuleuses, bulleuses, pigmentaires, tuberculeuses, ulcéreuses) et indique à propos de chaque forme les éléments d'un diagnostic différentiel.

L'auteur a observé un cas de roséole ressemblant à la scarlatine. Le psoriasis diffère des syphilides squameuses par ses

localisations; la croûte enlevée, la base apparaît rouge et saignante.

Les syphilides circinées sont un accident tardif de la période secondaire; quand elles se montrent à l'union du front et du cuir chevelu, elles donnent lieu à la *corona veneris*.

Les syphilides palmaires dites à tort psoriasis palmaires, sont caractéristiques. Le pemphigus syphilitique se montre chez l'enfant comme une manifestation de l'hérédo-syphilis, mais il est très rare chez l'adulte. Les seules syphilides bulbeuses qu'on observe chez ce dernier sont celles qui précédent le rupia.

Les syphilides pigmentaires du cou se montrent de préférence chez la femme. La coexistence d'autres affections cutanées (eczéma, psoriasis) peut modifier l'aspect des syphilides, et c'est alors le traitement qui est le meilleur moyen de diagnostic. Les démangaisons accusées par des sujets atteints de syphilis tiennent souvent à la coexistence d'éruptions parasitaires.

P. RELLAY.

VARIA

La Croix-Rouge à la Conférence de la Paix.

A la Conférence de la Paix de La Haye, la Suisse proposera de compléter la convention de Genève de la façon suivante : 1° Les blessés seraient déclarés neutres; 2° on déciderait la question de savoir si les blessés faits prisonniers devraient, après leur guérison, être traités comme prisonniers de guerre ou renvoyés dans leurs foyers; 3° la convention s'appliquerait aux guerres maritimes; 4° l'identité des prisonniers de guerre, des morts et des blessés serait établie avec plus de soin; 5° les soldats seraient tenus de connaître la convention de Genève; 6° une gendarmerie spéciale de campagne serait créée pour la recherche et la protection des blessés sur le champ de bataille; 7° les ambulances seraient établies à une distance suffisante du champ de bataille, en vue d'éviter la contagion; 8° les Sociétés de la Croix-Rouge seraient reconnues officiellement; leur personnel et leurs établissements seraient déclarés inviolables. De plus, les délégués des Etats-Unis ont reçu pour instructions de s'efforcer de faire prévaloir le grand principe suivant : Extension de la convention de Genève à la guerre maritime. (*Gaz. médic. de Paris*, 20 mai.)

Un cas de sommeil pathologique.

Le Dr Holzinger, de Saint-Pétersbourg, raconte qu'au cours d'un voyage en Ethiopie il a pu observer un cas intéressant d'hypnomanie (Schlafsúcht). Il s'agit d'un homme de 60 ans, de la tribu d'Aromo (Choa), de structure robuste, mais d'aspect misérable et maladif, qui, à peine accroupi pour s'asseoir à la manière des Gallas, laisse sa tête s'incliner sur sa poitrine; ses paupières se ferment, et il s'endort profondément. Un cri, un contact le réveillent. Il se dresse effrayé. Assis de nouveau il se rendort. Il répond assez exactement aux questions. L'examen est difficile; car pendant que l'interprète traduit les réponses, que la conversation languit, peu à peu il retombe dans le sommeil. Les deux fils racontent que leur père est pris d'une envie irrésistible de dormir, dès qu'il est au repos. Il ne réclame presque jamais de nourriture. Le malade dit lui-même qu'il est en cet état depuis deux ans. Aucune douleur, digestion bonne. Mais il se trouve paresseux. Il a des hallucinations nocturnes. Toutes les nuits des gens, dit-il, marchent sous sa tente; il leur parle. Puis il crie, il se croit possédé d'un malin esprit : tous ces maux proviennent de l'ingestion de poisons que ses ennemis lui ont versés secrètement.

Il s'agit d'ailleurs, en réalité, non point de représentations délirantes, mais de soupçons basés sur des superstitions vulgaires.

Cet homme a pris part a de nombreuses guerres, sans être blessé. Il a eu la syphilis. Il a toujours été sobre. Tremblement marqué des deux mains. Aucun trouble de sensibilité ni de motilité. Réflexes tendineux et cutanés normaux. Appareil sensoriel intact. Les organes internes semblent sains. L'état psychique du malade éveillé est normal. Conscience et mémoire sont bonnes. Il corrige lui-même rapidement les illusions des sens dont il est le jouet pendant ses rêves nocturnes.

Au total son état de somnolence est le seul symptôme morbide important.

Le diagnostic est à faire entre la narcolepsie et la léthargie. Il ne s'agit évidemment pas de la première qui procède par accès. De plus, le patient n'est ni hystérique ni épileptique. Par contre, ce cas rappelle ceux qu'a décrits Gowers, d'après Gore, Gulrim et Mac Carthy, sous le nom de léthargie africaine, maladie des côtes occidentales de l'Afrique, du Congo, de la Sierra Leone. Gulrim seul a réuni 146 observations. Cette hypnomanie atteint les jeunes nègres principalement. La mort surviendrait au bout du troisième au sixième mois. A l'autopsie on trouve l'arachnoïde hypérémiée, la substance cérébrale dépourvue de sang, et quelques signes de méningite chronique. Les malades présentent la plupart de l'adénite cervicale. (Dr Aimé, *Rev. méd. de l'Est.*)

Le levain comme aliment.

Il paraît que la levure, à la grande satisfaction des brasseurs, peut être employée utilement pour la fabrication des extraits alimentaires hygiéniques et nourrissants. Ce nouveau mode d'alimentation est tout à fait à la mode en Belgique. M. J. Peeters, chimiste à Schaerbeck, près de Bruxelles, a fait de récentes expériences à ce sujet et voici l'extrait de ses recherches sur la façon de préparer les précieux extraits en question :

On lavera le levain employé au moins trois ou quatre fois avec de l'eau mélangée d'un peu d'acide qui contiendra une partie de vinaigre sur mille, on jettera chaque fois l'eau qui recouvre le levain; on mettra trois quarts de litre d'eau par kilogramme de levain (1 litre pour un kilogramme de levain comprimé) et on ajoutera à chaque litre d'eau 5 cc. d'acide muriatique concentré. Le tout sera tenu, pendant vingt heures environ, à une température de 60° Celsius, puis refroidi et filtré. On vaporise ce résidu à 60 ou 70° Celsius jusqu'à ce qu'il ait atteint l'épaisseur d'un sirop et qu'il ne lui reste plus que 75 0/0 d'eau. On verse ensuite ce sirop ou extrait dans de l'alcool dont on prend 1 litre par kilogramme de levain employé; l'alcool est à 95°. On verse lentement et en remuant. Il se forme alors un précipité, qu'on sépare de l'alcool et qu'on fait dissoudre dans un demi-litre d'eau distillée. On cuit ensuite la dissolution, on la fait refroidir et on la filtre. On peut y ajouter auparavant un peu de sel de cuisine. On termine en cuisant le tout encore une fois à 60 ou 70° Celsius, jusqu'à un degré de solidité quelconque.

Le produit peut aussi être séché entièrement et être amené à l'épaisseur de l'extrait de viande. L'analyse démontra que le produit sec contenait, sans compter le sel de cuisine ajouté, sur 100 parties, 78 parties d'albumine (peptone), 12 parties de matières minérales et 10 parties d'eau. (*Le Temps.*)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Cours d'histologie. — M. le Dr J. JOLLY a commencé le 25 mai, au laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois. On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

Cours municipal de pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, directeur de l'Aquarium de la Ville de Paris, fait ce cours à la mairie du 1er arrondissement (Saint-Germain-l'Auxerrois), les lundi, mercredi, vendredi, à la même heure. — *Objet du cours* : Poissons d'eau douce de la France ; mœurs, instincts, fonctions, hygiène et maladies; reproduction et culture du poisson; procédés pratiques de pisciculture; fécondation artificielle; appareils; repeuplement des cours d'eau et étangs; pêche fluviale; législation; usages alimentaires et industriels; approvisionnement du marché de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr TALON (A.), chirurgien en chef de l'hôpital d'Arles, a été nommé officier d'Académie.

FORMULES

LIV. — A la période ultime de l'endocardite.

Carbonate d'ammoniaque. . . . . . 2 grammes.
Eau-de-vie. . . . . 30 —
Sirop de fleurs d'oranger. . . . . . 40 —
— de gomme. . . . . }
— de tolu. . . . . } āā 20 —
— de morphine. . . . . . . }

(G. Lyon.)

LV. — Pilules de créosote.

Baume de tolu . . . . . . }
Térébenthine de mélèze. . . } āā 2 grammes.
Créosote de hêtre. . . . . . 3 —
Gomme adragante. . . . . . 1 gr. 50 centigr.
— arabique. . . . . . 3 grammes.
Extrait d'opium. . . . . . 0 gr. 25 centigr.
Iodoforme. . . . . 0 gr. 50 —
Magnésie. . . . . 6 grammes.
Diviser en 100 pilules, 6 à 10 en 24 heures. (Potain.)

LVI. — Injections intraveineuses dans le coma diabétique.

Chlorure de sodium. . . . 1 gr. 50 centigr.
Bicarbonate de soude de . 5 à 50 grammes.
Eau bouillie. . . . . 1.000 —

(Galvagni.)

LVII. — Antisepsie du cuir chevelu.

H. Gillet, dans le *Formulaire des Médications nouvelles*, indique les préparations suivantes :

Alcoolat de lavande. . . . }
Alcoolat de Fioraventi . . . } āā 150 grammes.
Salicylate de mercure. 0 gr. 03 centigr. à 0 gr. 05 centigr.

Ou :

Sublimé. . . . . 1 gramme.
Bi-iodure de mercure. . . . . 0 gr. 10 centigr.
Teinture de savon. . . . . . 60 grammes.

Après dissolution ajouter :

Teinture de benjoin. . . . . . 5 grammes.

Et enfin :

Eau distillée. . . Q. S. pour 500 grammes.

(L. Butte.)

Ou encore :

Bi-iodure de mercure. . . . . 0 gr. 15 centigr.
Bichlorure. . . . . 1 gramme.
Alcool à 90°. . . . . 50 —
Eau distillée. . . . . 250 —

(Quinquaud.)

LVIII. — Contre les sueurs des tuberculeux.

Agaricine . . . . 0 gr. 50 centigr.
Poudre de Dower . . . . . . 7 — 50 —
Poudre de guimauve. . . . }
Mucilage de gomme. . . . . } āā 4 grammes.
Diviser en 100 pilules. — Une pilule à deux dans la soirée.

(Siefert.)

LIX. — Contre la pleurodynie.

Vaseline. . . . . }
Lanoline. . . . . } āā 15 grammes.
Salicylate de méthyle. . . . 5 —
Gaïacol. . . . . 5 —
Extrait de belladone. . . . . 0 gr. 20 centigr.
Extrait thébaïque . . . . . . 0 — 25 —

(G. Lyon.)

LX. — Lavements à la quinine pour les enfants.

Eau. . . . . 100 grammes.
Sulfate de quinine. . . . . . . 1 —
Eau de Rabel. . . . . Q. S.
Laudanum de Sydenham. . . . . V gouttes.
Une cuillerée à dessert contient dix centigrammes de quinine.

(J. Simon.)

Société médicale du IX[e] Arrondissement. — M. le D[r] Paul Berthod inaugurera la série de conférences organisées par la Société en traitant le sujet : *Fumées et poussières dans le IX[e] arrondissement.* Cette conférence aura lieu le lundi 29 mai, à 9 heures du soir, dans la salle des fêtes de la mairie Drouot.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 7 mai au samedi 13 mai 1899, les naissances ont été au nombre de 1.089, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 408, illégitimes, 141. Total, 549. — *Sexe féminin* : légitimes, 356, illégitimes, 184. Total, 540.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 7 mai au samedi 13 mai 1899, les décès ont été au nombre de 946, savoir : 511 hommes et 435 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 6. T. 15. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 14, F. 18. T. 32. — Scarlatine : M. 0, F. 3, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 7, T. 11. — Diphtérie. Croup : M. 5. F. 0, T. 5. — Grippe : M. 9, F. 4, T. 13. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 72, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 9, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 10, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 2, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 35, T. 52. — Méningite simple : M. 13, F. 13, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 26, F. 23, T. 49. — Paralysie, M. 5, F. 4, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 2, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 32, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 8, F 6, T. 14. — Bronchite chronique : M. 4, F. 16, T. 20. — Broncho-pneumonie : M. 20, F. 20, T. 40. — Pneumonie : M. 18, F. 21, T. 39. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 24, T. 47. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 8, T. 24. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale, M. 13, F. 3, T. 16. — Sénilité : M. 13, F. 22, T. 35. — Suicides : M. 12, F. 7, T. 19. — Autres morts violentes : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres causes de mort : M. 75, F. 49, T. 124. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 21. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 13. Total : 39.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a adopté le texte d'un règlement sur la tenue de la comptabilité des économes dans les établissements publics d'assistance. Ce règlement est destiné à remplacer des instructions remontant à 1836, insuffisantes et inobservées. Ce matin, a commencé la discussion d'un projet de M. Cruppi, relatif à la mendicité et au vagabondage. M. Cruppi a développé les raisons qui motivent son projet, et il en a expliqué l'économie. M. Lefort a présenté ensuite des observations sur ce projet. (*Le Temps* du 21 mai 1899.)

Congrès français de Médecine. — Le cinquième Congrès français de Médecine tiendra sa prochaine session à Lille, le vendredi 28 juillet 1899, sous la présidence du P[r] Grasset (de Montpellier). Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs : elle donne le droit de participer aux travaux, aux fêtes, aux excursions et aux votes du Congrès, et de recevoir gratuitement les six rapports imprimés sur les questions proposées et le volume contenant les discussions en séance sur ces questions, ainsi que les communications diverses présentées au Congrès. Les dames, les étudiants en médecine et toutes les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès ; ces membres associés paient une cotisation de 10 francs. — Nous rappelons que les trois questions proposées, sont les suivantes : 1° *Des myocardites.* Rapporteurs : MM. les P[rs] Renaut (de Lyon) ; Huchard (de l'Académie de Médecine) ; 2° *des adénies et leucémies.* Rapporteurs : MM. les P[rs] Denis (de Louvain) ; Sabrazès (de Bordeaux) ; 3° *l'accoutumance aux médicaments.* Rapporteurs : MM. les P[rs] Simon (de Nancy) ; Heymans (de Gand). Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion ou de fonds peuvent être, dès maintenant, adressés au secrétaire général du Congrès ou à M. le D[r] Looten, trésorier du Congrès, 1, rue des Molfonds, Lille.

Muséum d'Histoire naturelle. — M. Stanislas Meunier, professeur, a fait une conférence le jeudi 25 mai à 10 heures précises du matin, dans l'Amphithéâtre de Zoologie du Muséum, au Jardin des Plantes où il a traité de la géologie de Madagascar au point de vue des voyageurs naturalistes. De nombreuses projections lumineuses ont été faites au cours de la leçon de l'éminent conférencier.

Hospice de La Rochelle. — L'hospice de La Rochelle vient de recevoir d'une donatrice anonyme, qu'on dit être M[lle] P. de Rempsay, déjà connue par ses actes charitables, un don de *cent mille* francs. Cette somme est destinée à créer une maison de

convalescence pour les ouvriers sortant de l'hôpital sans être en état de reprendre leur travail. (*Le Temps* du 18 mai 1899.)

Congrès international de Berlin pour la lutte contre la tuberculose maladie endémique. — La France sera représentée officiellement par M. Brouardel, chef d'une délégation composée de MM. Grancher, Landouzy, Lannelongue, Metchnikoff, Napias, Nocard, A.-J Martin, Voisin, Honoré, Spillmann, Pic, Thoinot et Méry. Une délégation du Conseil municipal de Paris, comprenant le président. M. Lucipia, assistera aussi à ce Congrès.

École de Médecine et de Pharmacie d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 4 decembre 1899, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Université de Bordeaux. — Sont approuvées les délibérations du Conseil de l'Université de Bordeaux constituant, pour les étudiants de nationalité etrangère autorisés à faire leurs études avec dispense du grade de bachelier, un diplôme de docteur de cette Université (mention « Médecine »). Le diplôme sera signé par les membres du jury et par le doyen de la Faculté, et délivré, sous le sceau et au nom de l'Université, par le président du Conseil de ladite Université.

Service de Santé de la Marine. — M. Delisle, médecin principal, du cadre de Cherbourg, est désigné pour servir au 1er régiment de tirailleurs malgaches à Madagascar en remplacement de M. le Dr Barême. — M. Bertrand, médecin en chef à Toulon, est désigné pour occuper les fonctions de résident à l'hôpital de Saint Mandrier, en remplacement de M. le Dr Geoffroy — M. Mottin, médecin de 2e classe à Lorient, est désigné pour embarquer sur *la Bretagne*, en remplacement de M. le Dr Valmyre.

Service de Santé des Colonies. — M. Rull, médecin auxiliaire des colonies, ex-médecin de la marine, a été nommé médecin de 2e classe dans le corps de santé des colonies. — M. Boissière, pharmacien stagiaire des colonies, a été nommé pharmacien de 2e classe dans le corps de santé des colonies.

La Chaire d'Histoire a la Faculté de Médecine de Paris. — M. Brissaud, professeur agregé, a été proposé à l'unanimité de 31 voix par la Faculté pour devenir titulaire de la chaire d'histoire de la médecine, vacante depuis le décès du Pr Laboulbène.

Epidémie de fièvre jaune. — Les dépêches de Grand-Bassam annoncent que c'est la fièvre jaune et non la peste qui sévit dans les etablissements français de la Côte-d'Ivoire. Grand-Bassam, chef-lieu de la colonie, va être délaissée par l'administration à cause de son insalubrité.

Fièvre typhoide et Eaux de bonne qualité. — La fièvre typhoide regnait autrefois à l'état endémique à Vendôme. Depuis deux ans, la ville est alimentée par un puits artésien très profond et la fièvre typhoide a complètement disparu.

Attentats aux mœurs. — M. Chantreuil, juge d'instruction, a fait arrêter hier soir un sieur Bazin, en religion frère Genis, directeur de l'institution Denuzière, à la Croix-Rousse. Des faits de la plus grave immoralité ont été relevés contre ce religieux. (*Le Temps* du 17 mai 1899.)

Enterrée vivante. — On enterrait ces jours derniers à Illanitz (Autriche), une jeune fille de 19 ans. Le fossoyeur entendit, quelques heures après l'enterrement, des gémissements plaintifs sortir du fond de la tombe, et il en informa immédiatement les autorités. La tombe fut rouverte, et l'on constata que le cadavre n'était plus couché sur le dos, mais de côté. Le visage de la morte était, d'ailleurs, couvert de sang et le linceul dechiré en morceaux. Une vive émotion s'est emparée de la population. (*Le Journal* du 28 avril 1899.)

Necrologie. — M. le Dr Blet, médecin de la Chambre des députés, chevalier de la Légion d'honneur, décédé hier au Palais-Bourbon, à l'âge de 58 ans. — M. le Dr Gillebert-Dhercourt, médecin en chef de la police municipale, vice-président de la Société de Médecine de Paris. — M. le colonel Ziegler, médecin en chef de l'armée suisse, décédé à l'âge de 70 ans. Le service sanitaire n'existait presque pas dans l'armée il y a vingt-cinq ans; c'est le colonel Ziegler qui l'a créé pour le matériel aussi bien que pour le personnel. — M. le Dr Bienvenue, médecin major de 1re classe, chevalier de la Légion d'honneur, âgé de 50 ans, décédé à Saint-Brieuc. — M. le Dr Sibut, médecin de la mission Gentil, tombé malade, est revenu à Libreville par le *Stamboul*, et a succombé deux jours après son retour à un accès de fièvre pernicieuse.

Chronique des Hôpitaux.

Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale.* M. le Pr P. Budin, mardi et samedi à 9 heures.

Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies nerveuses*, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — M. le Dr Déjerine, *Maladies du système nerveux*, le jeudi, à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe. — M. le Dr Jules Voisin, *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôtel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière : leçons de *clinique chirurgicale* le jeudi à 10 heures. Opérations abdominales le mardi. Examen des malades et visite dans les salles le mercredi et le samedi.

Hôpital de la Pitié. — Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux : M. Babinski, samedi, 10 h. 1/4. — *Voies urinaires.* — M. le Dr Picqué, chirurgien de la Pitié, commencera une consultation spéciale pour les maladies des voies urinaires le jeudi 8 juin, à 10 heures, et la continuera les jeudis suivants, même heure.

Hôpital Ricord. — *Cours particulier de Cypridologie (Maladies vénériennes).* — M. Queyrat, lundi, à 4 h. 1/2, Cypridologie (maladies vénériennes). Pour s'inscrire, s'adresser au laboratoire du Dr Queyrat, tous les matins, de 10 heures à midi, 111, boulevard de Port-Royal. Le prix d'inscription est de 50 francs. Le nombre des inscriptions est limité.

Hôpital de la Charité. — *Conférences de radiographie et de radioscopie.* — M. le Dr L.-R. Regnier : conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche à 10 h. 1/2 du matin. — Objet du cours : Instruments et appareils producteurs des rayons X. Technique de la radioscopie et de la radiographie. Applications à la chirurgie et à la médecine. — Le cours sera complet en dix conférences.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 22. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 JUIN 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE : Instabilité mentale; traitement médico-pédagogique, par Bourneville et Boyer. — BULLETIN : Traitement familial des aliénés, par Bourneville; — Les consultations externes des hôpitaux, par Freeman. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de Médecine*, par Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir; — *Société de Chirurgie*, par Rellay; — *Congrès d'Ophtalmologie*, par Kœnig; — *Société médico-psychologique*. — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE : Fermentation intestinale; météorisme et flatulences, par Schmidt (an. par Cornet). — REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX : Traité des maladies du système nerveux, par Oppenheim; — Paralysie produite par la section de la moelle allongée, par Bechterew; — Amblyopie monoculaire hystérique, par Morton Price; — Pathologie et histologie de la sclérose en plaques, par Schuster et Bielschowsky; — Mélanges neurologiques, par Mobius; — Travaux sur la pathologie et l'anatomie centrale, par Pick; — Tumeur de la couche optique, par Miura; — Oblitération des os des pieds et des mains dans la lèpre mutilante, par Miura; — Hypnose des animaux, par Vervorn; — Traitements actuels du tabes, par Leclerc; — Essai sur la maladie de Basedow, par Gayme; — Maladie de Basedow, par Schwerdt (an. par Mirallié). — BIBLIOGRAPHIE : Quelques observations sur les maladies utérines chez les nouveau-nées, par Jaworski (an. par De Majewska); — Un cas de lèpre anesthésique avec autopsie, par Sambguine (an. Margouliès). — INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — VARIA : Un cas de guérison de plaie pénétrante de l'abdomen avec lésions des intestins, au XVIe siècle, par Noir; — Le Congrès contre la tuberculose de Berlin; — Les exploits d'un guérisseur. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

Instabilité mentale; hérédité très chargée; traitement médico-pédagogique; guérison.

PAR BOURNEVILLE ET J. BOYER.

Voici un nouvel exemple de l'une des formes de l'*Aliénation mentale* de l'enfance qui est d'un très grand intérêt pratique.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand-père paternel devenu alcoolique sur le tard. — Oncle paternel, arriéré, inconscient, instable, mendiant. — Autre oncle paternel, excès de boissons, paresseux, camelot. — Tante paternelle, excès de boissons (eau-de-vie de cidre). — Deux grands-oncles paternels paralysés. — Autre grand-oncle paternel mort tuberculeux.*

Mère nerveuse, céphalalgies. — Cousin maternel au deuxième degré aliéné. — Grand'tante maternelle attaques de nerfs de 20 à 24 ans. — Deux grands-oncles maternels arriérés. — Grand-oncle maternel excès de boissons. — Trois oncles maternels morts tuberculeux. — Cousin germain maternel [illegible]. — Deux autres cousins germains tuberculeux. — Deux tantes maternelles mortes tuberculeuses. — Quatre cousins germains maternels morts de méningite. — Cousin germain maternel pied-bot. — Plusieurs cas de gémellarité dans la famille de la mère.

Sœur morte de convulsions. — Frère, mort à Bicêtre de [illegible]. — Autre [illegible] que l'autre. — Autre frère convulsions de l'enfance. — Autre frère convulsions répétées de l'enfance. — Autre sœur morte de convulsions.

[illegible] — [illegible] grossesse, [illegible] de [illegible] — [illegible] — [illegible] à 7 mois, [illegible] complète [illegible] — [illegible] à 10 mois. — [illegible] — Intelligence [illegible] développée. — [illegible] — Conduite et [illegible] jusqu'en juin 1894 (16 ans 1/2). — Périodes de [illegible] et de [illegible] alternant avec des périodes de [illegible] et d'excitation [illegible] — [illegible] — Diminution des sentiments affectifs. — [illegible] (Juin 1894). — *Retour des périodes de mélancolie alternant avec des périodes d'excitation. — Contrariété, achat de trousseau sans autorisation, idées de s'éloigner de sa famille. — Se place lui-même à plusieurs reprises et quitte ses patrons sans motif sérieux. — Pseudo-grivèlerie. — Actes extravagants : correction, taciturnité consécutive. — Nouveaux essais de placement. — En décembre 1894, période de mélancolie et de loquacité. — Emprunts d'argent, fugue* (24 juin 1895). — *Instabilité. — Vol paternel. — Nouveaux emprunts chez des clients de son père. — Voyages multiples. — Description du malade à 18 ans. — Traitement médico-pédagogique. — Disparition des périodes alternantes de mélancolie et d'excitation. — Réapparition des sentiments affectifs. — Amélioration progressive de l'état moral. — Guérison.*

Edouard B....., né à Paris, le 11 octobre 1877, est entré à l'*Institut médico-pédagogique*, le 3 octobre 1895.

Antécédents (*Renseignements fournis par le père et la mère le 8 octobre 1895*). — *Père*, 50 ans, épicier, actuellement en repos; bien portant, pas de migraines, pas de convulsions de l'enfance; caractère un peu vif en paroles; tempérament tranquille, sobre, « aimant un peu de tout sans passion ». — *Grand-père paternel*, mort à 73 ans, était devenu triste et « ivrogne » après la mort de sa femme. — *Grand'mère paternelle*, bossue, avenante, intelligente, morte d'un *asthme* en 1872. — *Arrière-grand-père paternel*, mort de vieillesse. — Renseignements insuffisants sur les grands-oncles et grand'tantes paternels. — Deux *oncles paternels*; l'un n'a jamais rien voulu faire, 47 ans, vit de l'aumone des fermiers du pays, a fait tout ce qu'il ne faudrait pas faire, n'a pas l'esprit du bien et du mal, travaille 4 jours et part [illegible] *inconscient, instable*; l'autre est camelot, paresseux, « on le voit, plus souvent *ivre* qu'autrement ». Ni l'un ni l'autre ne sont mariés et n'ont d'enfants. — *Deux tantes paternelles* : l'une, mariée, a 4 enfants bien portants; l'autre mariée également, a [illegible] enfants. Cette dernière s'est mise à *boire* de l'eau-de-vie de cidre [illegible] l'habitude des femmes du pays de boire aux environs de Nogent-le-Rotrou, elles s'entraînent réciproquement. — *Grand-oncle paternel*, mort après avoir été deux ans paralysé. — Autre *grand-oncle paternel*, mort également *paralysé*, [illegible] *tuberculeux*.

Mère, 44 ans, a toujours eu [illegible] l'estomac et [illegible] depuis son deuxième enfant jusqu'à [illegible] — pas de convulsions de l'enfance [illegible] avec une sœur qui a eu beaucoup d'enfants, [illegible] cependant depuis 18 ans [illegible] douleurs [illegible] caractère assez vif, [illegible] et quelques dartres sèches sur les jambes et le cou. —

Grand-père maternel mort à 63 ans d'une inflammation d'intestins, très sobre, cultivateur. — *Grand'mère maternelle*, très calme, morte subitement d'une congestion au cœur. — *Arrière-grand'mère maternelle* a eu 15 enfants dont trois sont morts jeunes et dont les autres n'ont présenté aucun accident nerveux. — *Cousin* au 1er degré, 25 ans, est *aliéné*, actuellement à Charenton (Léon B...) ; il aurait voulu frapper sa mère pour voir son sang couler ; un autre cousin, *frère jumeau* de ce dernier, est en bonne santé, marié et a un enfant bien venant. — Une *grand'tante maternelle* a eu des *attaques nerveuses* de 20 à 24 ans ; se sauva une nuit en chemise, ne s'est pas mariée. — Un *grand-oncle maternel* était entré au séminaire d'où il a été renvoyé comme *insuffisant*. — Parmi les quatre autres *grands-oncles maternels*, un *arriéré* est mort à 20 ans ; les trois autres ont été bien portants, un seul a fait des *excès de boissons*. — Cinq *oncles maternels* : trois sont morts phtisiques, sobres, l'un de ces derniers a eu trois enfants, deux bien portants, le troisième (Louis B...) est à Bicêtre comme idiot. Les deux autres *oncles maternels* vivant encore ; pas d'accidents nerveux ; ils ont chacun perdu un enfant *phtisique*. — Deux *tantes maternelles* sont mortes de la *poitrine* : l'une sans enfant, l'autre avec trois enfants dont deux sont en bonne santé et dont la troisième est morte *phtisique* à 25 ans. — La *tante maternelle*, sœur jumelle de la mère, a eu six enfants ; quatre sont morts de *convulsions* ou de *méningite*, le cinquième est *pied-bot*, le sixième qui a sept ans n'a pas eu de convulsions, intelligent, délicat. — D'après la mère de l'enfant, les *jumeaux* viendraient du côté paternel de la mère où il y aurait eu plusieurs cas de *gémellarité*.

Pas de consanguinité : père du Perche, mère du Soissonnais. — Inégalité d'âge de six ans.

Dix *enfants* : 1° et 2°, deux *jumelles* : l'une morte à 20 jours, « s'est éteinte » ; l'autre est morte à 2 mois de *convulsions* qui ont duré trois jours ; elles étaient nées à 8 mois ; — 3° fille morte à 9 mois en 24 heures de la cholérine ; pas de convulsions ; — 4° garçon mort à 7 ans dans notre service à Bicêtre : *idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse* ou *hypertrophique des circonvolutions*. — 5° garçon mort à 11 mois de la cholérine en nourrice ; pas de convulsions ; — 6° notre malade ; — 7° fille, 16 ans, pas de convulsions, intelligente, douce ; *douleurs de tête* se reproduisant trois ou quatre fois par semaine et l'obligeant à se coucher ; parfois vomissements ; elle a un côté *plus faible* que l'autre ; élevée par sa mère ; — 8° garçon, 12 ans, a eu quelques petites *convulsions* sans que l'on ait recouru au médecin ; intelligent, « mais ne fait pas ce qu'il devrait faire » ; — 9° garçon, a eu trois fois des *convulsions* assez fortes, est mort à 6 mois de la cholérine ; — 10° fille morte à 6 mois, *convulsions* chaque semaine ; sa tête était toujours rejetée en arrière, tombant entre les épaules.

Notre malade. — A la *conception* les parents étaient bien *portants*, sauf la mère qui souffrait de constipation. — *Grossesse* : dans les premiers mois troubles digestifs, constipation, pas de vomissements ; pas de peur, pas de coups, pas de chutes, pas d'envies, pas de syncopes. — *Accouchement* à terme, naturel, en deux heures ; présentation de la tête. — *A la naissance*, pas de cordon, pas d'asphyxie : « il était très correct, très beau. »

Élevé au sein jusqu'à 13 mois, *n'a jamais cessé de pleurer nuit et jour*. C'était le premier que la mère nourrissait, contrariée d'avoir vu les autres mourir en nourrice. Très constipé, faisant tout vert. Il a cessé de crier à 13 mois quand il a été sevré. — *Première dent* à 7 mois, seize à 16 mois : les vingt à 2 ans.

Jamais de convulsions. — *Marche* à 15 mois. — *Parole* : à 19 mois, il parlait assez bien ; couramment à 2 ans. — *Propre* à 18 mois : mais durant les hivers jusqu'à 4 ans, il lui arrivait deux ou trois fois par semaine d'uriner au lit.

Envoyé à l'école maternelle à 3 ans : n'a jamais manqué ; apprenait bien ; on lui reprochait de causer toujours et de s'occuper de tout. — A 6 ans va à l'école communale, travaillait bien, causait et jouait, mais distrayait ses camarades ; à deux ou trois reprises différentes, il s'est plaint de la tête. — Est resté à l'école communale jusqu'à 15 ans ; a eu son certificat d'études à 11 ans 1/2. — A 15 ans, est resté 6 mois avec ses parents qui tenaient un commerce de vins et d'épicerie, servait au comptoir, on assure qu'il ne fumait ni ne buvait. — Il est resté deux mois avec le successeur de son père qui était très content de lui. — Est allé dans le Soissonnais chez un oncle où il est resté trois mois ; de là a été passer 15 jours à Dieppe avec ses parents. — A été employé six mois chez un marchand de beurre et œufs en gros, puis est revenu chez ses parents qui avaient repris un commerce. (Février 1894.)

Bien qu'il ait continué à travailler régulièrement jusqu'en *juin 1894* on avait remarqué, depuis quelques mois, des *changements dans son caractère* : il restait quelquefois *sombre* durant 4, 5 et 6 jours, ne parlait pas à ses parents, mais continuait à parler aux clients ; à ces périodes de *mutisme* succédaient des périodes de *bavardage* exagéré : en même temps *douleurs de tête*. « Quand la barbe a poussé, les changements se sont accentués » ; tandis qu'autrefois il se tourmentait quand il voyait sa mère ennuyée, il montre vis-à-vis d'elle une réelle indifférence ; se fâche même souvent après elle sans cependant être grossier ni violent.

Edouard assiste au convoi de Carnot, il en revient très affecté, consterné, abasourdi ; sueurs exagérées. — Trois jours après, il avait le teint jaune, vu par un médecin qui prescrit une purgation. — Il est resté absorbé pendant douze jours puis se met à causer, sans extravagances cependant ; voulait sortir à chaque instant, avait des caprices, ses chapeaux ne lui plaisaient plus. Puis est survenue une période de *mélancolie*. Il va passer quinze jours chez un oncle à la campagne ; on le ramène à Paris parce qu'on le trouvait trop « émancipé » et qu'il se mêlait sans réserve à toutes les conversations. — Chez ses parents il se montre moins affectueux, moins prévenant. — En septembre 1894, comme ses parents ne veulent pas le laisser aller au mariage d'un cousin, il se montre très mécontent ; se met à faire de la bicyclette, va commander à la Belle-Jardinière un trousseau avec l'idée de se placer hors de sa famille. Trouve lui-même une place à Issy dans une épicerie où il ne reste que 15 jours ; prétendait pouvoir manger du chocolat qui, disait-il, venait de chez son père. — De retour chez lui, il se montre excité et désobéissant. Se fait embaucher à Neuilly et son nouveau patron le remercie le jour même. Il rentre chez sa mère plus excité que jamais, se sert même d'expressions grossières. Au lieu d'aller chez un ami de la famille qui devait le moraliser et chez lequel il devait déjeuner, il s'installe chez un marchand de vins pour manger et comme il n'a pas assez d'argent pour payer, il laisse sa montre. Il revient chez lui et on l'expédie le lendemain chez son oncle, à la campagne. Il se montre, chez lui, *extravagant*, monte sur les voitures, cause sans cesse : son oncle, pour le faire taire, lui a donné une gifle, il est resté six semaines sans lui causer ; il continuait cependant à faire pour son oncle des recouvrements.

Revenu à Paris, fin décembre 1894, Edouard est replacé chez un de ses anciens patrons, mais le cinquième jour n'y veut plus retourner. — Il est montré au Dr Lecoq qui prescrit une purgation. A partir de ce moment l'enfant est 15 jours sombre, 15 jours excité : la *mélancolie* et la *loquacité* sont de plus en plus accentuées : pas de bonnes périodes.

Le 24 juin (1895), Edouard emprunte 40 francs à un ami de la famille et part pour Le Havre. De cette ville, il redemande par dépêche de l'argent à la même personne pour aller, dit-il, à Londres. Comme l'ami va aux renseignements et qu'il apprend la fugue de l'enfant, il ne répond pas à Edouard. Ce dernier revient en toute hâte à Paris, va trouver le boulanger de la famille auquel il emprunte 30 francs et file à Joinville-le-Pont canoter, y dîne et prend le train pour Orléans. Là n'ayant plus d'argent, il télégraphie au boulanger pour lui demander 10 francs, lui promettant de rentrer à Paris. Son père va le chercher ; il le rencontre dans les rues ; Edouard avait lavé sa chemise lui-même et l'avait remise ; dans le voyage de retour il a, dans le wagon, une très mauvaise tenue.

En juillet 1895, Edouard est resté douze jours sans vouloir quitter sa chambre ; il dérangeait tout, déplaçait les livres, mangeait en dehors des repas. Le 16 juillet, il retourne travailler chez son patron et se conduit bien pendant huit jours. Sans motif aucun n'y veut plus retourner ; son patron vient

le reprendre lui-même, essaye de l'encourager et finit par le faire revenir chez lui, mais le travail est de plus en plus irrégulier. Edouard se met à lire beaucoup, se cache pour satisfaire sa passion. Après un voyage en famille où il se montre par intervalles très excité, il retourne chez son patron et le quatrième jour il fait, chez lui, un paquet d'objets les plus divers, vole vingt francs à son père et va, sous prétexte de faire une course, chez une de ses parentes, habitant la banlieue ; il découche, emprunte le lendemain à des amis de son père un franc par ci, quatre francs par là, quinze francs ailleurs. Va déjeuner chez un marchand de vins où il arrive à ne plus avoir le sou, il n'avait même plus de chemise. Il trouve moyen de revenir à Paris, emprunte encore 7 francs à un client de son père et prend le chemin de fer pour aller voir son oncle dans le Soissonnais. C'est là que ses parents le retrouvent enfin. Il y reste quelques jours, prend à son oncle des quittances d'assurances, en touche le montant (200 fr.) et prend le train pour Paris sans prévenir personne. Arrivé à la gare de l'Est, apercevant un train qui allait partir pour Belfort, il prend un billet d'aller et retour pour cette ville et s'embarque. Ses parents ignoraient où il était passé. Il revient de lui-même à Paris, au bout de quelques jours, et rentre chez ses parents qui le conduisent aussitôt à l'*Institut médico-pédagogique*.

État a l'entrée. — *a) Etat physique.* — La *physionomie* paraît intelligente, l'expression est plutôt triste. Les *cheveux* sont noirs, assez épais, les *yeux* brillants, marron-foncé, entr'ouverts, le *nez* droit et fort, les joues plates, peu colorées, le teint est mat, la *bouche* moyenne, la mâchoire inférieure un peu proéminente, les *oreilles* normales. La lèvre supérieure est couverte d'un duvet brunâtre, la barbe est naissante, assez fournie sur les joues et sur le menton.

Thorax très bien constitué, large, épais, région pectorale saillante, sans exagération. — *Membres supérieurs* régulièrement conformés, articulations phalango-phalanginiennes un peu saillantes, ongles normaux.

Ventre plutôt plat, normal. — *Membres inférieurs* tout à fait réguliers ; les trois derniers orteils du pied droit un peu portés obliquement en dehors. Le pied gauche ne présente aucune déviation des orteils.

Puberté. — Poils noirs, abondants sous les aisselles, quelques poils autour des aréoles mammaires, petits poils entre les deux seins, traînée de poils descendant de l'épigastre et s'élargissant jusqu'au pénil ; poils noirs abondants et frisés sur tout le pénil, envahissant les aines, les bourses, et les parties supérieures des cuisses. Le scrotum est normal. — *Verge* assez bien développée, prépuce assez court, laissant voir la pointe du gland. — *Gland* découvrable, un peu pointu, méat normal. — *Testicule gauche* de la dimension d'un œuf de pigeon, *testicule droit* plus gros. Pointe de *hernie inguinale* à droite. — Poils fins assez abondants sur la région lombaire, les fesses et les cuisses ; poils fins sur la moitié postérieure des bras.

b) Etat physiologique. — Rien de particulier à signaler sur son état ; rien à l'auscultation. Les articulations sont souples et capables de mouvements étendus. Les *organes des sens* paraissent fonctionner normalement. A signaler dans les fonctions digestives, une appétence capricieuse, une constipation persistante.

c) Etat psychologique. — L'*intelligence* est celle des enfants de son âge ; l'*attention* et la *réflexion* sont normales, la *mémoire* bonne ; l'*imagination* parfois extravagante ; l'enfant parle beaucoup de tout et sur tout en vrai hâbleur, rabâche longtemps la même idée, coq-à-l'âne fréquents, s'écoute parler, finit par croire que c'est arrivé, se laisse entraîner par l'idée du moment ; dans les rémissions, paraît raisonner à peu près convenablement. — Il a conservé les connaissances acquises durant sa période d'écolage, les a augmentées par des lectures diverses ; on sent cependant que ce qu'il a appris lui-même dans les livres est imparfaitement assimilé, quelques confusions constatées. Son écriture se ressent de l'état du moment, très lisible et très régulière dans les périodes de rémission, elle est tourmentée et irrégulière dans les périodes d'excitation, la lettre qu'il a écrite de Belfort à ses parents est très difficile à lire. Aptitude pour le calcul et la comptabilité en particulier ; préfère les sciences aux lettres, n'aime pas la musique.

d) Etat instinctif et moral. — Edouard aime la société, il lui faut du reste quelqu'un à côté de lui pour satisfaire son besoin de parler. Il ne paraît présenter aucune perversion d'instincts. Il est franc, s'il ment *quelquefois*, c'est inconsciemment. Avoue ses escapades, quand on lui demande pourquoi il a été à Belfort, par exemple, il répond : « C'est une idée qui m'a pris, histoire de me promener. » Paraît avoir la notion du bien et du mal. Idées religieuses assez prononcées. N'est pas méchant. Volonté faible. Se ressent bien vite du milieu dans lequel il vit. Quelques manières communes, surtout à table où il n'a aucune réserve, langage grossier, termes d'argot ; s'occupe très peu de sa toilette, tenue négligée.

Traitement : bains, douches, gymnastique, travaux de jardin, travaux scolaires, traitement moral.

1895. *Octobre.* — L'enfant s'est montré très docile à suivre toutes les parties du traitement. En classe cependant, il a le verbe haut, interrompt à chaque instant le maître ; à table, cause tout le temps, se mêle à toutes les conversations, accepte les observations qu'on lui fait, mais les oublie presque aussitôt. Les idées qu'il exprime ne sont pas à proprement parler incohérentes, mais elles présentent des coq-à-l'âne qui déroutent ceux qui l'écoutent. — La pointe de hernie signalée à l'entrée, persistant, l'enfant porte un bandage spécial.

Novembre. — L'enfant ne présente plus de constipation. Forte migraine le 15, purgatif le lendemain. — Léger eczéma sur la joue droite le 20, qui disparaît le 25. — Le bavardage incessant persiste ; pas de période de mélancolie.

Décembre. — L'enfant est très tranquille en classe ; le verbiage a sensiblement diminué ; à table, Edouard mange proprement, ne se mêle plus que discrètement aux conversations. — Le 25, un de ses camarades s'étant moqué de lui, Edouard, reste près d'une heure sans vouloir causer à qui que ce soit. Ce petit accès de mélancolie n'a pas eu d'autre suite.

1896. *Janvier.* — L'enfant est allé quatre jours chez lui, s'est très bien comporté. — A sa rentrée, le 5, purgatif. — Le 20, autre purgatif. — L'amélioration continue ; l'enfant suit les cours de la classe, comme un enfant ordinaire ; prend plaisir maintenant aux travaux manuels.

Février. — Sort le jour du mardi gras, tout se passe bien. — Légère migraine le 18.

Mars. — Purgatif le 2. — Sort à la mi-carême, ses parents, en nous le reconduisant, nous font son éloge. — La hâblerie a complètement disparu ; ne cause plus maintenant que pour dire quelque chose de sensé. Est le premier à demander un devoir ou une leçon, ne reste jamais inoccupé, prend goût à la musique, morigène ses camarades, s'occupe même affectueusement des enfants plus jeunes que lui, veille à leur toilette et à leur tenue. — A table, il s'informe à chaque instant si telle ou telle chose doit ou ne doit pas être faite.

Avril. — L'amélioration continue, Edouard a oublié ses frasques, s'il en parle, par hasard, c'est pour nous dire : « Les drôles d'idées que j'avais. » On le laisse sortir et rentrer seul à deux reprises, aucun incident ne se produit. Le 19 ses parents le reprennent à titre d'essai ; il est confié à l'oncle de province, qui l'avait déja eu ; y reste jusqu'au 5 octobre. A sérieusement travaillé avec cet oncle qui est expert-géomètre. Dans le courant d'octobre, il est placé comme aide comptable chez un commissionnaire des Halles. Est resté à la même place jusqu'au moment de son départ pour le service militaire. (Novembre 1898.)

Edouard, soit seul, soit accompagné de ses parents, est revenu souvent nous rendre visite. Nous avons pu ainsi constater que l'amélioration a été une véritable guérison. La dernière fois que nous avons vu son père, ce dernier nous a dit : « Je n'aurais jamais cru qu'Edouard serait redevenu l'enfant d'autrefois. » — Il accomplit actuellement son service dans un régiment d'artillerie (1).

(1) Depuis la rédaction de cette observation, E...B... est venu nous voir (5 avril 1899) ; il nous annonce lui-même qu'il est proposé pour être brigadier après l'inspection annuelle d'avril. La tenue est bonne, la physionomie ouverte et dénote une excellente santé.

Réflexions. — I. Dans le cas que nous rapportons, l'*hérédité* est extrêmement chargée. Du côté *paternel*, nous trouvons des exemples d'alcoolisme, d'arriération, de vagabondage, de paralysie, etc. — Du côté *maternel*, il y a des crises nerveuses, de l'aliénation, de l'alcoolisme, des méningites, un pied-bot. Tous les frères et sœurs du malade ont eu des *convulsions* ; l'un d'eux est mort dans notre service à Bicêtre de *sclérose tubéreuse* (1). Il suffit de se reporter au sommaire pour voir en détail l'hérédité, que nous ne pouvons retracer dans ces considérations générales.

II. Bien que la conception, la grossesse et la naissance n'aient présenté aucun trouble pathologique, l'enfant n'aurait cessé de crier nuit et jour jusqu'à l'époque du sevrage, au bout de 13 mois. Exception faite de l'*incontinence d'urine* qui se serait produite jusqu'à 4 ans, Edouard n'aurait offert rien d'anormal au point de vue de l'évolution physique et intellectuelle. A dater de 3 ans, on lui reproche déjà son bavardage excessif et une tendance à vouloir s'occuper de tout. Si nous relevons ces manifestations qui, après l'asile maternel, se reproduisent à l'école primaire, c'est parce qu'elles prendront à l'époque de la *puberté* une intensité morbide, une allure pathologique. De la sortie de l'école au début de la seizième année, rien de particulier ; mais au moment où Edouard devient pubère, on remarque des périodes d'excitation et de bavardage, alternant avec des périodes de mélancolie et de taciturnité, le tout accompagné de douleurs de tête. En même temps les sentiments affectifs diminuent, et l'enfant devient irritable même envers sa mère. En juin 1894, Edouard assiste aux obsèques de Carnot : il en est affecté au point de vue physique et moral. Pendant une douzaine de jours, il a des idées bizarres, éprouve un besoin de mouvement sans but, puis, survient une période de mélancolie à laquelle succède une période de loquacité ; et l'alternance de ces phénomènes pathologiques devient régulière et ne présente plus d'interruption. En même temps s'accentue la bizarrerie des idées et apparaissent les premiers signes d'*instabilité* (achats non autorisés, placements spontanés et multiples, vol d'argent à son père, emprunts à des amis de la famille, grossièretés, fugues, etc.). C'est dans cet état qu'il est amené à l'Institut médico-pédagogique qui, comme on le voit, ne reçoit pas seulement des enfants atteints d'idiotie, mais des enfants affectés de tous les troubles intellectuels et moraux. Et il en est ainsi à Bicetre.

III. Les signes de dégénérescence physique sont insignifiants chez ce malade : nous ne constatons qu'un peu de prognathisme et de l'inégalité testiculaire ; bien que la pointe de hernie siège du coté droit, c'est le testicule correspondant qui est le plus développé. En somme, conformation physique bonne ; rien à noter au point de vue physiologique. Sous le rapport psychique : loquacité, vantardise, association d'idées bizarre, instabilité mentale résultant d'aperceptions insuffisantes, tenue négligée, langage grossier, sans réserve. A remarquer que ces manifestations psycho-pathologiques se sont montrées sous leur véritable jour au moment même de la puberté et ont été exagérées par l'émotion vive qui s'est produite aux obsèques du président Carnot.

(1) *Bulletin de la Société Anatomique*, 1881, p. 545.

IV. Sous l'influence de l'*isolement* et de l'application méthodique du *traitement médico-pédagogique* pendant une durée de six mois, l'état général de l'enfant s'améliore progressivement : la tenue devient convenable, le verbiage disparaît, Edouard n'est plus indiscret ; on ne constate qu'une période courte de mélancolie, et elle reste isolée ; l'association des idées devient de plus en plus normale, le travail tant scolaire que manuel indique de l'esprit de suite ; l'affectivité réapparait ; les idées de fugues s'évanouissent complètement.

V. A sa sortie, Edouard paraît guéri. Ses parents, le patron qui l'occupe viennent nous voir six mois et un an après ; ils nous font des éloges de l'enfant. Edouard lui-même nous fait des visites à chaque occasion et nous pouvons nous rendre compte, par nous-mêmes, de la persistance de l'amélioration. Enfin depuis son départ au régiment (novembre 1898) *l'enfant* s'est toujours bien comporté, et sa conduite n'a donné lieu à aucun incident. Il y a donc bien eu *guérison*. (Voir la note de la page 347.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Traitement familial des aliénés.

L'encombrement, de plus en plus prononcé, des asiles d'aliénés de la Seine, encombrement qui va jusqu'à l'insalubrité, surtout la nuit, où des lits sont disposés en ligne longitudinale, entre les rangées réglementaires, elles-mêmes avec des lits en supplément ; la difficulté de plus en plus grande de trouver des places dans les asiles de province, ont amené l'Administration départementale et le Conseil général, à créer la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) où plus de 500 aliénées tranquilles sont placées dans les familles. L'encombrement existe dans la plupart des asiles de province et nous en avons eu une récente preuve en visitant, au mois d'avril dernier, à l'occasion du Congrès des aliénistes et des neurologistes de Marseille, l'asile de Saint-Pierre de Marseille, l'asile d'Aix et celui de Mont-de-Vergues.

La question s'est posée, il y a quelque temps, dans le département de la Vendée. Le Conseil général de ce département a demandé des renseignements sur le traitement familial des aliénés et sur la possibilité de l'appliquer à un certain nombre de malades à la charge du département. Nous ferons remarquer de suite qu'il s'agit là plutôt d'un mode d'assistance que d'un véritable traitement. En effet, il s'applique, de préférence, aux aliénés inoffensifs et incurables et non aux malades encore susceptibles de guérison.

Le préfet de la Vendée a demandé à notre ami le Dr Cullerre, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon, de lui exposer, dans un rapport, les différents systèmes d'assistance familiale des aliénés qui sont actuellement usités à l'étranger et en France (1).

(1) Consulter sur ce sujet : Féré (Ch.), *Le traitement des aliénés dans les familles* ; — Marie (A.), *L'assistance des aliénés en Ecosse* et *Rapports à la Commission de surveillance* ; —

C'est ce rapport qui nous amène à parler de nouveau de cette question.

M. Cullerre donne d'abord un aperçu du système belge, appliqué dans les colonies de Gheel et de Lierneux, puis du système écossais, et un exposé de la situation de la colonie française de Dun-sur-Auron. Il rappelle qu'en Angleterre il y a environ 6.000 aliénés entretenus hors des asiles et placés sous la surveillance de l'autorité publique : presque tous ces aliénés sont soignés dans leur *propre famille* (1).

Vient ensuite le *traitement familial des aliénés autour des asiles*. Ce système fonctionne dans divers pays, notamment en Allemagne, aux Etats-Unis et en Russie. Des expériences faites, il ressort que les deux variétés de l'Assistance familiale des aliénés, sont possibles sans offrir de sérieux inconvénients.

Lorsqu'il s'est agi d'organiser la colonie de Dun, l'un des promoteurs, M. Deschamps, s'appuyait principalement sur l'économie qui en résulterait par rapport au placement dans les asiles de la Seine et même dans les asiles de province.

Cette économie nous paraissait peu probable. C'est également l'avis de M. Cullerre (p. 12) :

« A la vérité, il ne faut pas compter que l'aliéné placé chez un nourricier coûtera moins cher qu'à l'asile, surtout en Vendée où le prix de journée est le plus faible, peut-être, qui soit alloué à un établissement public d'aliénés. En Ecosse, le prix moyen de pension de chaque aliéné placé chez des nourriciers revient à 400 francs, soit 1 fr. 10 par jour et encore ce prix est inférieur à la réalité, car pour les aliénés placés dans leur famille, la subvention est moindre que pour ceux qui sont placés chez des étrangers et n'atteint que le chiffre strictement exigé pour couvrir les frais d'entretien. A Gheel, le prix de journée est d'environ 1 fr. 38., à Dun, il est de 1 fr. 40 : une part de ce prix de journée étant affectée aux frais d'administration et de trousseau, le nourricier ne reçoit à Dun que 1 fr. 20 environ. A Ilten, l'entretien de chaque malade placé hors de l'asile, revient à 337 fr. 50, soit 93 centimes par jour.

« Mais l'intérêt du département n'est pas dans une économie sur le prix de journée; il est tout entier dans ce résultat qu'avec le placement familial, l'ère des agrandissements indéfinis de l'asile peut être close, et que sans augmenter d'un centime ses frais de premier établissement, il pourra continuer à assurer de plus en plus largement l'assistance des aliénés dont le flot s'élève d'année en année, avec une rapidité qui, pour grande qu'elle soit, ne paraît pas pourtant devoir s'arrêter de sitôt. »

M. Cullerre se prononce pour le placement chez les étrangers et dans un rayon peu éloigné de l'asile. Il est peu partisan du placement des aliénés dans leur propre famille. Il estime que les parents sont d'habitude de détestables gardiens, que leur intervention irrite le malade, et que la présence de l'aliéné dans le ménage est trop souvent un élément de discorde et de désaffection; toutefois il n'exclut pas complètement le placement dans la famille même : « Grâce à une légère subvention du département, écrit-il, quelques familles pourraient être incitées à retirer certains aliénés déments ou faibles d'esprit. »

M. Cullerre émet l'avis que deux seuls modes de procéder sont possibles :

« 1° Confier, comme en Ecosse, à leurs familles et moyennant rétribution, quand elles pourront s'en charger, les aliénés inoffensifs; 2° placer dans un rayon peu éloigné de l'asile, conformément au mode de procéder usité en Allemagne, en Russie et aux Etats-Unis, des aliénés chroniques choisis avec soin parmi les séquestrés actuels et les maintenir sous la surveillance et le contrôle de la Commission de surveillance, du directeur et du personnel médical et administratif de l'établissement. »

Suivant nous, l'assistance dans la famille peut et doit être appliquée dans des cas bien choisis, et nous croyons que c'est par elle qu'il faudrait toujours commencer. Il est certain que l'on trouverait aisément, parmi les aliénés de la Seine, trois ou quatre cents familles, qui, moyennant un secours quotidien de 50 centimes ou d'un franc, consentiraient à reprendre leurs parents aliénés et seraient en mesure de les soigner convenablement.

Comme M. Cullerre, nous pensons que le placement dans les communes voisines de l'asile est préférable. De la sorte, les malades ne sont pas exilés, et peuvent recevoir les visites de leurs parents. La plupart des malades de la Seine, envoyés à Dun, et qui ont encore une certaine lucidité, se plaignent amèrement d'être éloignés, pour ainsi dire à perpétuité, de leurs familles et de leurs amis. Nous concluons : 1° placement dans la famille; 2° placement familial autour des asiles chez les étrangers. BOURNEVILLE.

Les consultations externes des hôpitaux.

La question de l'admission des malades aisées aux consultations externes des hôpitaux préoccupe toujours le monde médical et l'Administration. Pour donner satisfaction, dans une certaine mesure, à des plaintes trop motivées, l'Administration vient d'adresser aux médecins la circulaire suivante :

Paris, le 5 mai 1899.

Le secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique à Messieurs les directeurs des établissements.

Monsieur le directeur,

L'Administration a autorisé l'apposition, dans les services de consultation, d'affiches indiquant que les consultations sont réservées aux malades indigents et nécessiteux, *toutes les fois que le chef du service des consultations le demanderait.* Pour assurer l'exécution de cette mesure, je suis disposé à faire faire des affiches imprimées et à en mettre un certain nombre à la disposition des établissements pour être placardées dans les salles d'attente et dans les salles de consultation.

Je vous prie donc de me faire savoir d'urgence : 1° Si MM. les chefs de service des consultations ont exprimé le désir qu'un avis ou inscription quelconque fût placardé dans les salles de consultation pour rappeler au public que les consultations sont réservées aux malades indigents et nécessiteux; 2° Et dans le cas de l'affirmative, quel est le nombre d'affiches dont vous aurez besoin.

Le secrétaire général, H.-A. DEROUIN

Les hôpitaux ont été faits pour les malades pauvres; le budget de l'Assistance publique est insuffisant pour faire face, ainsi qu'il conviendrait, aux besoins des malheureux. Les médecins et les chirurgiens chargés des consultations leur doivent tous leurs soins. Ce sont là des raisons sérieuses, et il y en a d'autres, pour que les personnes aisées soient écartées des consultations externes, ne profitent pas

Foville (Ach.), *La législation des aliénés en Angleterre et en Ecosse*; — *Rapports du Board of commissionners on Lunacy for Scotland*; — Brousse (P.), *Rapports au Conseil général de la Seine*; — *Procès verbaux de la Commission de surveillance*; — *Annales médico-psychologiques*; — *Archives de neurologie*, etc.

(1) En Ecosse il y a 1.019 aliénés placés dans leurs familles et 1.658 chez des étrangers.

des médicaments qui y sont délivrés, ni des pansements qui y sont faits. A qui incombe le soin de mettre un terme aux abus actuels? A l'Administration qui, seule, a la police des établissements hospitaliers. Il est difficile à un médecin, au cours de sa consultation, d'intervenir et de refuser la consultation qu'on lui demande gratuitement. C'est à l'entrée que l'élimination devrait être faite et les affiches apposées. Dr Freeman.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mai 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Modes d'exploration de l'estomac par les rayons X.

M. Foveau de Courmelles. — L'examen direct de l'estomac a tenté déjà maints chercheurs. Je l'ai essayé, il y a quelques années, par l'ingestion de petites lampes à incandescence contenues en des sondes spéciales et permettant, chez des individus amaigris, de voir par transparence un tissu néoplasique ; ce procédé a été de nouveau récemment préconisé sous le nom de *gastro-diaphanie*. Depuis la découverte de Rœntgen, les investigateurs ont généralement essayé d'utiliser les rayons X. Mais l'estomac étant généralement transparent et peu volumineux, sauf en pleine digestion, l'introduction d'une sonde en ces conditions est à peu près impossible : immédiatement après le repas, elle provoquerait des vomissements; à jeun, l'estomac resterait caché derrière les organes voisins. Aussi a-t-on dû recourir à divers artifices, comme par exemple l'ingestion abondante d'eau de Seltz qui a été préconisée, mais dont les résultats n'ont pas été publiés. Récemment, l'allemand Rosenfeld a publié une autre méthode qui consiste à faire avaler une sonde creuse, perforée de petits trous à son extrémité et portant à peu près 30 grammes de grains de plomb, on y insuffle de l'air extérieur, peu à peu l'estomac se déplisse — c'est à jeun que l'on opère — et l'on obtient ainsi la forme et la position exactes de l'organe; et, ajoute l'auteur, ce ne sont pas celles que croyaient les physiologistes, et il a pu vérifier sur le cadavre l'exactitude de ces visions fluoroscopiques. Mais certains individus trop nerveux ne peuvent ingérer la moindre sonde, et pour eux cette méthode est inapplicable.

Pour la production du document durable, pour suivre et constater la marche d'un médicament dans l'appareil digestif, MM. Balthazard et Roux, se sont servis, chez les animaux de petite taille, de sous-nitrate de bismuth opaque aux rayons X. C'est de cette méthode que je me suis inspiré, pour obtenir, à ma connaissance, *la première radiographie de l'estomac chez l'homme vivant.* Voici un cliché unique obtenu en décembre dernier, avec cinq minutes de pose : l'interprétation en est encore difficile, car sa netteté n'est pas parfaite et les termes de comparaison manquent; je ne l'ai pas présenté plus tôt, car j'ai essayé d'en obtenir soit un nouveau, soit des épreuves présentables, mais outre que le malade pris d'affections aiguës n'a pu s'y prêter, le temps a été peu favorable cette année à la photographie; les noirs du négatif devenus blancs sur le positif perdaient de leur netteté et de leur intérêt : ces noirs correspondant d'ailleurs à l'organe examiné, à l'estomac.

Les conditions d'obtention de ce cliché ont été les suivantes : le patient a ingéré en même temps que son dîner, dans des confitures, dix grammes de sous-nitrate de bismuth, et est venu se faire radiographier une demi-heure environ après la fin de son repas. Un premier essai tenté par la prise de trois clichés successifs avec des temps de pose différents a été absolument infructueux; un deuxième, renouvelé huit jours après, le malade ayant eu, ce jour-là, « meilleur appétit », ayant plus abondamment mangé, a parmi plusieurs clichés, donné pour le premier le résultat que je montre ici : l'estomac a un aspect bitrapézoïdal à petites bases accolées, très noir, avec des aspects blancs de sclérose sans doute, des sortes de ligaments verticaux très nets à gauche sur la radiographie prise — le malade couché sur le ventre et sur la plaque — des côtes très visibles à droite, et le foie est à peine visible, un peu séparé de l'estomac par des zones claires, et d'aspect assez pâle et rétracté.

A la radioscopie, et à ce point de vue, l'expérience a été renouvelée sur une autre malade : on distinguait, avec la bobine de 0 m. 50 d'étincelle et un fort tube de Crookes, une zone noire se rapprochant assez bien, pour le premier cas, de l'aspect obtenu par la radiographie, mais moins net.

Même en mettant l'ampoule au sol, et par suite l'anticathode au contact de la peau, par la méthode endodiascopique de MM. Bouchacourt et Rémond, les résultats ne gagnaient que peu en netteté.

Quant aux commémoratifs pour le malade à la radiographie de l'estomac rétréci si bizarrement, on trouve chez cet homme de 50 ans, une excessive nervosité ; à la pression stomacale, on a la sensation d'une masse dure et de volume restreint ; interrogé, il répond que pendant de longues années, il a extrêmement peu mangé, se contentant souvent de boire un peu de thé et de manger alors un peu de bain beurré ; mais, au cours d'une influenza intercurrente prise par le malade et qui le plongeait en de successives et fréquentes syncopes, j'ai pu voir souvent la famille, et celle-ci m'a donné quelques détails complémentaires : le malade a tenté de s'empoisonner plusieurs fois, d'abord avec une solution concentrée de bromure de potassium, puis du laudanum, et par l'absence voulue d'alimentation ; volontaires ou non — car le malade réinterrogé les attribue à des accidents — ces faits ne s'en sont pas moins produits. En ces conditions, on comprend que l'estomac se soit rétréci et vraisemblablement sclérosé en certaines parties. Les lavages de l'estomac tentés à un moment avaient été absolument impossibles. En dehors de cela, le malade avait une excellente santé apparente, à de violentes et périodiques migraines près. D'autre part, quelques franklinisations craniennes et des faradisations stomacales l'ont amélioré, car les maux de tête disparaissent, et l'estomac tolère aujourd'hui du vin rouge et quelques aliments lourds, ce qu'il n'avait pu faire depuis de longues années; le patient est sorti de son influenza compliquée de congestion pulmonaire, de fréquentes syncopes et d'angine, il paraît se bien porter aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, et pour revenir aux rayons X qui nous occupent surtout ici, il est désormais acquis que la radiographie stomacale chez l'homme vivant est possible. Elle est encore difficile, paraît exiger notamment, en plus de la substance opaque et inoffensive, le sous-nitrate de bismuth employé, un bol alimentaire assez considérable qui répartisse mieux l'opacité dans la cavité. Ce ne sont plus là d'ailleurs que des questions de détail que des observations ultérieures élucideront (1).

Séance du 30 mai. — Présidence de M. Panas.

Aortite en plaques paludéenne.

M. Lancereaux présente deux cas d'aortite d'origine palustre. Le premier avec crises d'angor a été très amélioré par l'iodure et le régime lacté. La défaillance du cœur exige de temps à autre un peu de digitale. Le second cas se compliquait d'un énorme anévrisme ayant perforé le sternum. Trente-trois injections de sérum gélatinisé à 2 0/00 ont amené une réduction de volume considérable.

Le paludisme en Puysaie.

M. Laveran lit un rapport sur la communication du Dr Roché (de Toury), relative à la disparition presque complète du paludisme en Puyssaie. Ce fait intéressant, encore mal expliqué, est assez général en France.

Le traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Dieulafoy, à propos de deux observations person-

(1) Depuis cette lecture, j'ai eu l'occasion de refaire trois radiographies, sur moi ayant ingéré dix grammes de bismuth, et deux de mes amis ; la mienne seule a donné quelque chose, mais les temps de pose doivent être là plus considérables que pour n'importe quelle autre partie du corps, cinq minutes ne suffisent que très rarement.

nelles. Et un important mémoire dont voici les conclusions : 1° Il me semble que la laparotomie avec incision et ablation du kyste doit être réservée pour les kystes anciens, très volumineux, susceptibles d'adhérences, surtout si des symptômes douloureux et fébriles font redouter l'infection du kyste ; 2° la ponction aspiratrice aseptique pratiquée avec l'aiguille n° 2 me paraît applicable dans la moitié des cas environ ; elle a son indication quand le kyste hydatique n'est ni trop mince, ni trop volumineux, et quand les symptômes douloureux et fébriles ne font pas redouter l'infection du kyste ; on obtient en quelques minutes, au moyen d'une piqûre insignifiante, la guérison du kyste hydatique ; 3° dans le traitement par la ponction aspiratrice, le liquide kystique doit être évacué en totalité, dans la mesure du possible ; il faut éviter les ponctions exploratrices, qui sont la cause des accidents.

M. LABORDE montre combien il serait intéressant d'étudier expérimentalement sur l'animal la substance toxique qui produit les accidents si singuliers observés après la rupture. Les premières recherches de MM. Debove et Achard sur l'animal ont été négatives. C'est là un fait des plus curieux.

Emploi des solutions arsenicales par la voie rectale.

M. RENAUT montre la possibilité d'administrer l'arsenic par cette voie. On peut employer la liqueur de Fowler diluée, cinq centimètres cubes par jour d'une solution de 1 gramme de liqueur de Fowler dans 14 grammes d'eau distillée. Le cacodylate de soude est encore plus commode. Il suffit d'injecter dans le rectum, une à deux fois par jour, cinq centimètres cubes de la solution :

Eau. . . . . 200 grammes.
Cacodylate de soude. . . 0 gr. 25 centigr.

Les effets sont surtout bons dans la tuberculose au début, le diabète, le goitre exophtalmique et même dans la leucémie.

Elections.

Elections de deux correspondants nationaux (1re division). — 1re élection : M. VINCENT (de Rochefort), est élu par 52 voix contre 8 à M. Lalesque, 6 à M. Coyne, 4 à M. Catrin et 1 à M. Boinet. — 2e élection : M. COYNE (de Bordeaux), est élu par 48 voix contre 11 à M. Lalesque, 6 à M. Catrin et 1 à M. Motais. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr RAYMOND.

Ectopie du côlon transverse ayant donné lieu à une erreur de diagnostic dans un examen radioscopique.

M. BÉCLÈRE rappelle qu'il a présenté dans l'avant-dernière séance un malade qui tous les matins était pris de vomique. L'examen radioscopique fait avant et après la vomique, l'avait porté à croire ce malade atteint d'un abcès gazeux sous-phrénique d'origine gastrique mais s'étant vidé dans les bronches. Ce malade est mort subitement et son autopsie a permis de constater que les interprétations données des images radioscopiques étaient erronées. Il présentait une ectopie du côlon qui se glissant entre le diaphragme et le foie, donnait lieu à la zone prise pour un abcès gazeux et les vomiques qui survenaient tous les matins étaient le fait d'une dilatation des bronches causée par de la sclérose pulmonaire. Cette sclérose paraît avoir eu son origine dans une pleurésie diaphragmatique, ayant déterminé la symphyse pleurale, survenue a la suite d'une pneumonie de la base. M. Beclère rappelle qu'il avait songé à une ectopie du côlon et que pour éviter cette erreur il avait essayé d'insuffler le gros intestin avec une longue canule et la soufflerie du thermocautère. Cette précaution ne l'a pas mis à l'abri de l'erreur

Mélanodermie et tuberculose capsulaire

M. LENDU, chez un tuberculeux presentant une pigmentation intense de la peau mais sans taches pigmentaires des muqueuses, a trouvé à l'autopsie du malade, atteint de granulie, la capsule surrénale droite infiltree de tubercules.

Hydro et pyo-pneumothorax au cours d'une pneumonie

M. ANTONY a soigné un jeune homme de 22 ans qui au sixième jour d'une pneumonie lobaire aiguë présenta des signes d'hydropneumothorax qui ne tarda pas à se transformer en pyopneumothorax ; le malade mourut. L'examen bactériologique (avant le décès) du liquide retiré par des ponctions ou après le décès a toujours indiqué la seule présence du pneumocoque. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 mai 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement des hémorroïdes.

M. ROUTIER a recours, depuis quelque temps, pour opérer les hémorroïdes à un procédé qui tient le milieu entre l'ignipuncture et la résection. Au début de sa pratique, il s'est borné à faire simplement la dilatation du sphincter, telle que la conseillait Verneuil, mais il n'a pas tardé à reconnaître que cette pratique était insuffisante. Il a pratiqué ensuite la cautérisation ; mais, ayant reconnu qu'à la suite de l'ignipuncture simple, on pouvait avoir des hémorragies immédiates ou secondaires, lors de la chute des escarres, il y a renoncé pour procéder aujourd'hui de la façon suivante : il fait la dilatation du sphincter au moyen du spéculum de Trélat. Saisissant les paquets hémorroïdaires, il les pédiculise, passe un fil à ce niveau et coupe au thermocautère. Cette opération donne d'excellents résultats. Le plus souvent, elle ne nécessite pas l'anesthésie générale. La douleur, un peu vive, existe surtout chez les sujets nerveux.

Présentations.

M. TUFFIER présente un malade, auquel il a pratiqué, il y a deux ans, une pylorectomie pour cancer de l'estomac. La guérison persiste depuis cette époque et le sujet jouit d'une bonne santé.

M. HARTMANN présente un malade auquel il a fait une pylorectomie et une gastro-entérostomie pour cancer du pylore. Le résultat est excellent.

M. PICQUÉ montre un utérus cancéreux enlevé par la voie abdominale ; il a pu extirper en même temps deux ganglions pelviens, reconnus épithéliomateux au microscope.

M. QUÉNU présente un malade, aujourd'hui guéri, qu'il a opéré d'un ulcère de l'estomac. L'ulcère adhérait à la vésicule biliaire par de solides adhérences. L'estomac fut ouvert, puis refermé par des sutures, après excision de l'ulcère.

M. SEGOND montre la photographie d'une malade de 47 ans, atteinte de lipomatose généralisée sous-diaphragmatique ; elle pesait 225 kilogrammes.

M. TILLAUX présente un malade opéré par le curettage et l'excision pour une acné hypertrophique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que le résultat serait encore meilleur si l'on avait appliqué le procédé d'Ollier, qui consiste à pratiquer la décortication du nez.

M. RECLUS est aussi de cet avis et cite à l'appui un cas où il vient d'employer ce procédé avec succès.

M. BERGER est aussi partisan du procédé, bien que l'opération soit parfois assez délicate.

M. RICARD présente une malade chez qui l'artère axillaire fut coupée pendant qu'on l'opérait d'une tumeur. L'artère étant englobée au milieu des ganglions cancéreux fut ouverte pendant la dissection de la tumeur. L'artère fut suturée de suite et l'on put voir que le sang continuait à y passer ; le pouls radial a toujours été perçu, ce qui semble prouver que la suture a tenu et qu'aucun caillot n'est venu oblitérer le vaisseau.

P. RELLAY.

HOPITAUX DE TOULOUSE. — Un concours pour 24 places d'externes en médecine s'ouvrira le 5 juin prochain.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Dr Magnan[illegible] (de Valence) et Hen[illegible] (de Lille). — M. le Dr Horeau, maire de Fresnay-sur-Sarthe, a été nommé *Officier de l'Instruction publique*.

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE.

Session de mai 1899. (*Fin.*)

Traitement du kératocône par la blépharoraphie temporaire.

M. Kalt. — Le traitement le plus usité en ce moment consiste dans la cautérisation du cône avec le galvanocautère, mais ce traitement est surtout applicable aux kératocônes anciens et ayant une taie. Si l'ectasie est récente et moyenne, la guérison peut s'obtenir par une compression prolongée, mais le bandeau irrite l'œil et les paupières. J'ai obtenu un bon résultat en suturant les paupières et en conservant la suture pendant plusieurs mois. L'acuité visuelle, dans le cas dont je parle, est remontée de 1/10 à 1/3 sans opacification de la cornée.

La phase que traverse actuellement le traitement du décollement de la rétine.

M. de Wecker. — Les diverses méthodes de traitement par simple ponction, large incision, drainage, aspiration, électrolyse, injection d'iode, méritent à peine aujourd'hui d'être mentionnées. Il est établi que ces interventions proposées pour guérir le décollement sont en général précisément celles qui sont aptes à le provoquer. A la suite de la publication de Raehlmann en 1876, attribuant comme cause au décollement rétinien des perturbations dans les courants exosmotiques qui traversent la rétine ayant pour effet de provoquer un appel d'eau vers le corps vitré surchargé de sels, M. de Wecker tenta d'intervenir en détournant au dehors de la coque oculaire ce courant par des injections massives de solutions salées sous la conjonctive et la capsule de Tenon. Après avoir varié le titre des solutions salées, il s'est adressé au sulfate de soude et enfin à la gélatine qui, elle, est indolore. Ce traitement favorise les guérisons spontanées et ne peut pas aggraver l'état des malades. Il faut, en effet, se préoccuper de deux choses : 1° ne pas nuire; 2° ne pas imposer des sacrifices disproportionnés aux résultats.

Cure du lupus palpébral par la blépharoplastie.

M. de Gouvea. — L'auteur a obtenu une cure radicale de lupus palpébral par l'excision de la peau et son remplacement par un lambeau dermique pris à distance. Cette greffe dermique a réussi complétement et le résultat s'est maintenu plus d'une année après l'opération. Il étudie la marche de l'affection dans les différentes couches de la peau et établit les conditions indispensables à la complète réussite de la transplantation dermique, et arrive à conclure que la transplantation d'un lambeau dermique donne au point de vue thérapeutique, une complète satisfaction.

Un cas de gliome de la rétine suivi d'énucléation, sans récidive.

M. Desvaut (d'Angers). — Il s'agit d'un enfant de trois ans dont l'œil présentait un reflet anormal à la simple inspection. En examinant de plus près on remarquait que ce reflet blanchâtre était formé par une tumeur. La masse occupe toute la région de la papille et la macula. Au centre de la grande plaque néoplasique, quelques hémorragies. L'énucléation fut faite et il n'y eut pas de récidive. M. Terrien en a fait l'analyse : gliome de la rétine, endophyte, les cônes et les bâtonnets sont intacts. Le nerf optique est envahi. La propagation s'est faite suivant les cylindraxes du nerf et non suivant les septo-interfasciculaires. La gaine vaginale du nerf optique est intacte, la choroïde n'est pas envahie, l'iris est atrophié le corps vitré est très réduit. Il s'agit donc d'un gliome de la rétine endophyte ou peut-être aussi exophyte avec début du côté du nerf optique.

Un cas de régénération complète de la cornée après un sphacèle total consécutif à une conjonctivite purulente.

M. Armaignac. — La malade âgée de 60 ans avait eu à la suite d'un coryza purulent aigu une conjonctivite purulente accompagnée d'hypopion et de perforation de la cornée avec sphacèle et prolapsus de l'iris. Badigeonnages quotidiens avec la solution de nitrate d'argent à 2 0/0 et lotion de sublimé à 1/2.000, puis solution de permanganate de potasse à 2/100. La conjonctivite guérit rapidement et il se forma autour du limbe de la cornée un cercle vasculaire qui fut le début d'une régénération complète de cette membrane.

Les tumeurs kystiques bénignes de la glande lacrymale (Dacryops).

M. Sourdille (de Nantes). — L'anatomie pathologique et la pathogénie des kystes essentiels des glandes lacrymales de Rosenmüller sont encore confuses, ce qui tient à la rareté des observations (mon observation étant la 16e) et surtout des examens histologiques. Dans les trois examens histologiques pratiqués jusqu'ici (faits de Legros, Francke-Lagrange), aucune indication n'est donnée sur l'état de la glande elle-même. A l'occasion d'un cas que je viens d'observer, j'ai pu étudier méthodiquement non seulement le kyste, mais la glande lacrymale elle-même; les résultats de cet examen sont en opposition avec la théorie de la rétention pure et simple, de même qu'avec celle de la dégénérescence muqueuse, analogue à celle qu'on constate dans les grenouillettes, théorie que vient de proposer M. Lagrange (de Bordeaux) dans un récent travail.

D'après les constatations anatomiques, le dacryops résulte d'une infection ascendante d'origine conjonctivale, traumatique ou non, envahissant d'abord les portions terminales des conduits excréteurs de la glande de Rosenmüller et remontant de proche en proche jusqu'aux acini eux-mêmes. Sous l'influence de cette infection lente, la paroi enflammée des canalicules excréteurs perd de sa résistance en même temps que l'épithélium glandulaire irrité secrète d'une façon exagérée ; la sécrétion devenant plus abondante que l'excrétion, il y a rétention relative, et la paroi affaiblie des conduits excréteurs se dilate; d'où, production du kyste. Ce kyste peut rester ouvert pendant longtemps et se vider; ce n'est pas alors un véritable kyste mais plutôt une dilatation cystoïde des canalicules comme l'avait désigné de Wecker. Sous l'influence des progrès lents, mais constants, de la sclérose péricanaliculaire, l'orifice conjonctival du canal excréteur se rétrécit, puis s'oblitère ; le kyste est constitué définitivement : c'est le dacryops simple, par opposition avec l'autre forme, désignée sous le nom de dacryops fistuleux. Les acini, dilatés par le liquide accumulé et enserrés d'autre part dans un tissu de sclérose, s'atrophient peu à peu; le processus ultime tend donc à aboutir à une atrophie avec sclérose de tout le lobule glandulaire; on peut donc dire que le dacryops est fonction de dacryoadénite chronique.

Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée.

M. Bourgeois. — Une série de 18 cas d'ulcérations graves de la cornée a donné une guérison rapide avec leucome simple réduit au minimum, par les actes suivants : curettage du sac lacrymal; irrigation des culs-de-sac conjonctivaux et de la surface de l'ulcère avec une solution de cyanure de Hg à 1/2.000 stérilisation de l'ulcère par propulsion d'air chaud; après évacuation de l'hypopion, lavage de la chambre antérieure avec de l'humeur aqueuse artificielle ; introduction entre les paupières de poudre d'iodoforme, d'aristol, d'airol, suivie d'un pansement occlusif. (Humeur aqueuse : 1 gr. 15 chlorure de sodium pour 98 grammes d'eau bouillie, liquide à 37°.)

Injections et lavages antiseptiques de la chambre antérieure.

M. Faye (d'Amiens). — Pour réaliser l'antisepsie intra-oculaire complète il faut porter l'antiseptique dans l'œil. J'injecte deux ou trois gouttes dans la chambre antérieure d'une solution de cyanure de Hg à 1/10.000. Chez le lapin, je me suis servi d'une dose moitié moins forte, on pourrait donc essayer des solutions plus fortes. J'ai eu de bons résultats dans les abcès de la cornée compliqués d'hypopion. Il n'y a pas eu d'accidents.

De la suppression du pansement après l'opération de la cataracte.

M. Rohmer (de Nancy). — L'antisepsie oculaire peut être maintenue par la simple occlusion des voiles palpébraux. La lumière du jour favorise la contraction de l'iris. La déambulation peut être permise dès le second jour. M. Rohmer maintient une compresse flottante au-devant des yeux du malade

et la maintient au moyen d'un ruban autour de la tête du malade. Toutes les trois heures légère irrigation des paupières avec du cyanure d'Hg à 1/1.000. Il n'y a ni rougeur, ni sécrétion de la conjonctive, pas de douleur. La statistique de l'auteur porte sur 80 cas dont 77 séniles, trois traumatiques enlevés par aspiration. Il y eut 10 = 12,05 0/0 hernies réséquées le deuxième jour ; 9 cataractes secondaires ; 3 panophtalmies = 3,88 0/0, dont deux d'origine grippale, la troisième due à l'insubordination du malade.

Remarques sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales.

M. Rochon-Duvigneaud (de Paris). — Chez le fœtus l'extrémité inférieure du canal nasal se recourbe vers la ligne médiane en crosse de pistolet.

A mesure que le maxillaire supérieur se développe en hauteur le canal nasal se redresse progressivement.

A la naissance, cependant, il garde encore quelque chose de sa courbure primitive. Il est donc probable que pour pratiquer le cathétérisme chez le nouveau-né dans le cas de dacryocystite congénitale, on aurait avantage à donner au stylet de Bowman une légère courbure qui lui permettrait de parcourir le canal suivant son axe et sans déchirer la muqueuse.

Chez le fœtus et le nouveau-né, la paroi interne du canal nasal est toujours beaucoup plus anfractueuse, beaucoup plus irrégulière que chez l'adulte. Les voies lacrymales de l'adulte représentent en quelque sorte une simplification de celles du nouveau-né.

Chez le fœtus et le nouveau-né on rencontre généralement étagés dans la hauteur du sac et du canal un certain nombre de diaphragmes annulaires à direction généralement transversale, quelquefois oblique, c'est-à-dire perforés à leur centre. Leur nombre est variable.

Nous en avons vu quatre au maximum. Leur position est également variable et n'affecte aucun rapport déterminé avec les parties osseuses ou molles qui environnent les voies lacrymales. Les diaphragmes sont de largeur variable. Les plus larges sont formés par un simple repli de la muqueuse adossée à elle-même ; ils sont alors fort minces. Dans d'autres cas, ils représentent simplement des bourrelets annulaires à base plus ou moins épaisse. Enfin chez certains sujets il n'existe ni diaphragmes, ni même à proprement parler de bourrelets annulaires. Mais les parois du sac et du canal sont extrêmement anfractueuses, et leur profil sur les coupes dessine une ligne très onduleuse. Nous n'avons jamais retrouvé chez l'adulte les diaphragmes souvent si marqués du nouveau-né. Les voies lacrymales de l'adulte sont toujours plus lisses que celles du nouveau-né, elles représentent par rapport à celles-ci une simplification, une adaptation plus ou moins parfaite à leur fonction de canal excréteur.

Il y a donc certainement des canaux que leur configuration irrégulière, leur étroitesse prédisposent aux obstructions. Il y en a d'autres au contraire que leur largeur et leur régularité doivent mettre relativement à l'abri de ces accidents.

On sait que le canal nasal du fœtus, dérivant d'une invagination cutanée, ne communique pas primitivement avec les fosses nasales. Son extrémité inférieure terminée en cul-de-sac se prolonge dans la généralité des cas jusque sous la muqueuse du méat inférieur. Exceptionnellement, le cul-de-sac terminal est situé plus haut et siège au niveau de l'insertion du cornet, c'est-à-dire là où cesse le canal nasal osseux. Dans les deux cas, l'accumulation des déchets épithéliaux dans les voies lacrymales ainsi fermées distend l'ampoule terminale et finit par la faire crever à son sommet. (L'époque où se produit cette déhiscence nous paraît variable. Il y a certainement des différences individuelles à ce sujet. La coiffe muqueuse qui ferme au bas le canal nasal est plus ou moins résistante.)

Il en résulte deux choses : 1° L'époque de l'abouchement du canal dans les fosses nasales est retardée jusqu'après la naissance ; 2° ce canal sous l'accumulation croissante des déchets épithéliaux finit par se dilater.

Il suffit probablement d'une affection surajoutée, de la pénétration de certains microorganismes dans les voies lacrymales pour constituer alors une vraie dacryocystite. Il est donc permis de dire que les conditions anatomiques ci-dessus décrites constituent une prédisposition à la dacryocystite congénitale.

On ne trouve pas de glandes dans les voies lacrymales. A ce point de vue il y a une différence essentielle entre leur muqueuse et celle des fosses nasales qui est si riche en glandes muqueuses. Cependant si l'on étudie avec soin sur un grand nombre de coupes l'épithélium des voies lacrymales, on constate qu'il émet quelquefois par sa face profonde de courts prolongements pleins, ayant la forme un peu renflée d'une petite bouteille et ressemblant par là à des glandes embryonnaires, c'est-à-dire à des glandes très simples à épithélium non différencié. Mais jamais ces pseudo-glandes ne prennent un développement plus considérable ; elles nous semblent même moins apparentes chez l'adulte que chez le nouveau-né.

Amaurose et amblyopie quiniques.

M. Zanotti (de Verceil). — C'est l'histoire d'un malade qui absorba en une fois 12 grammes de quinine. Il y eut, en dehors des accidents déjà connus, de l'achromatopsie pour le vert et le violet, et de l'héméralopie. Puis survint de l'atrophie papillaire. Sur toute la rétine, piqueté blanchâtre et brillant, points de dégénérescence disséminés.

L'auteur pense que c'est le rétrécissement des vaisseaux qui est la cause principale des lésions et troubles observés dans l'intoxication quinique.

Les myotiques et le glaucome.

M. Javal. — Dans la période prodromique du glaucome l'ésérine augmente les douleurs et la tension. Il faut préférer la pilocarpine. Au moment de l'accès, donner une solution de pilocarpine à 1/50 ; quand l'accès est passé, une solution à 1/100, et quand tout est passé, une solution faible à 1/200 trois et quatre fois par jour.

Dans un accès douloureux on peut se souvenir des bons effets d'une injection de morphine à la tempe.

Iritis bilatérale d'origine palustre.

M. Péchin. — Les lésions dues au paludisme siègent rarement dans l'iris. L'auteur a cependant observé un cas d'iritis bilatérale survenue dans l'œil droit pendant une première attaque de fièvre intermittente, et dans l'œil gauche cinq ou six ans après une seconde attaque. Il s'agit d'une femme âgée de 48 ans. Pas d'antécédents spécifiques. En 1870, la malade a eu des fièvres intermittentes. Pendant le cours des accès qui revêtirent la forme tierce, l'œil droit est devenu rouge. Cinq ans plus tard, nouvelle attaque de paludisme. L'état paludéen dura huit ans, l'œil gauche fut pris à son tour. Etat actuel : à droite synéchies totales, à gauche exsudats pupillaires. Pas de lésions profondes.

La concordance d'apparition entre les phénomènes oculaires et les attaques de fièvre justifie cette étiologie.

Spasmes toniques du muscle ciliaire chez l'enfant. Valeur de la skioscopie dans l'œil atropinisé.

M. Lagrange. — Les spasmes toniques altèrent les résultats de l'examen à l'image droite et ceux de l'examen subjectif.

Afin de comparer les différents résultats obtenus par toutes les méthodes, l'auteur a pris comme base l'optomètre de Badal et a examiné les sujets préalablement atropinisés.

Le dénombrement des cas a démontré qu'en moyenne 2 D. 08 de réfraction dynamique sont cachés dans la chambre noire, pendant la skioscopie. Après atropine les résultats sont très exacts si on les compare à ceux qu'on obtient avec l'œil atropinisé, regardant dans l'optomètre muni du diaphragme.

Sur 46 yeux, 14 fois la skioscopie a donné le même résultat que l'optomètre ; 44 fois il y avait une différence en plus de 0,50 à 1 ; 17 fois les résultats ont été inférieurs de moins d'une dioptrie.

Hémorragie du vitré monolatérale à récidive.

M. Jacqueau (de Lyon). — Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, qui depuis l'âge de 12 ans a été pris une vingtaine de fois d'une hémorragie complète du vitré de l'œil gauche. L'auteur rapporte ces accidents à la phosphaturie et à l'azoturie ; ils disparurent par l'emploi de pédiluves chauds. L'hé-

morragie spontanée du vitré est bilatérale chez les jeunes sujets, et à partir de 30 ans elle est plutôt monolatérale.

Guérison spontanée d'un cas de décollement de la rétine.

M. Kopff. — Il s'agit d'un décollement étendu de la rétine, qui deux ans après le début reprit sa position. La fonction visuelle ne fut qu'imparfaite, mais il y eut un petit agrandissement du champ visuel. Le malade avait fait entre temps deux saisons à Vichy. Ce fait prouve que la vitalité de la rétine peut persister longtemps et que les traitements chirurgicaux sont justifiés.

Un œil myope peut-il devenir emmétrope?

M. Bettremieux. — Le sujet de cette observation est emmétrope de l'œil droit depuis un traumatisme qu'a subi cet œil il y a deux ans. En même temps, l'auteur a cité des faits qui prouvent qu'il est possible par les myotiques et la compression d'obtenir de toutes pièces la diminution de la myopie statique d'une façon temporaire.

Ophtalmie purulente guérie par le permaganate de potasse.

M. Vian présente un nouveau cas d'ophtalmie purulente chez l'adulte, guérie par la solution concentrée de permanganate de potasse à 1/10. Il a appliqué la solution concentrée sur les muqueuses palpébrales, deux fois par jour, avec les cataplasmes de fécule chauds.

Au bout du sixième jour, il n'a plus cautérisé qu'une fois par jour ; le dixième, toute suppuration a disparu et il supprime les cautérisations. Kœnig.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Dans sa séance du 29 mai, cette Société a décerné le *Prix Belhomme* et le *Prix Moreau* (de Tours). — Ce dernier a été décerné à M. le Dr Bernard-Leroy, pour son travail intitulé : *L'illusion des fausses reconnaissances.* Des mentions honorables ont été accordées : 1° à M. le Dr Wahl (*La descendance des paralytiques généraux*); 2° à M. Lalaune (*Les persécutés mélancoliques*). Le *Prix Belhomme : Du système musculaire chez les idiots* et de *son éducation* (600 fr.) a été décerné à M. Joseph Boyer (450 fr.) et une mention honorable (150 fr.) a été donnée à MM. Rodier et Ameline. La question proposée pour ce prix, à décerner en 1901, est la suivante : *Du délire chez les idiots et les imbéciles* (à l'exclusion des arriérés).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET.

XXXIV. — Ueber Darmgahrung, Meteorismus und Blähungen (Fermentation intestinale, météorisme et flatulences), par le Pr Schmidt (de Bonn). Suite (1).

XXXIV. — Il survient non rarement dans ces conditions, une poussée de fermentation, dont la cause doit être cherchée, bien moins dans l'alimentation elle-même que dans l'introduction passagère de bactéries étrangères. Dans les états morbides de l'intestin, il y a changement dans les conditions d'établissement des bactéries. Celles-ci jouent déjà, dans les simples catarrhes, un rôle très important ; mais ne jouent qu'un rôle secondaire et non primaire dans les fermentations. Les bactéries pathologiques qui se fixent dans l'intestin *primairement*, telles que les bacilles tuberculeux, cholerique et typhique, ne donnent lieu à aucune formation de gaz. On peut donc conclure : que *l'introduction de ferments étrangers, en dehors de tout état morbide de l'intestin, n'a qu'une influence limitée, sur l'augmentation des gaz intestinaux.*

3° Bien plus importante que les facteurs décrits jusqu'à présent, est la durée du séjour des ingesta dans l'intestin. Dans les conditions normales, cette durée dépend directement, jusqu'à un certain point, de la fermentation intestinale, tandis que les produits de décomposition, les acides gras volatils, et particulièrement l'acide carbonique, ont une action excitante sur le péristaltisme. L'alimentation exclusive avec du pain et des pommes de terre provoque plusieurs fois par jour, des selles copieuses, tandis que le régime carné n'en donne souvent qu'une en plusieurs jours. Dans toute augmentation insolite de fermentation, l'intestin non encore affaibli dans sa motilité, réagit par l'évacuation rapide de son contenu. On sait qu'en général, après une ingestion copieuse d'alcool, il y a besoin d'aller à la selle, le lendemain matin ; ce qui est dû à une fermentation intestinale exagérée, et encore augmentée d'une fermentation insensible des fèces. Mais si le passage des aliments à fermentation se trouve, d'une manière quelconque, entravé ou ralenti ; alors, il y a douleur, par accumulation anormale de gaz. Celle-ci n'est, ni seule ni toujours, la suite d'un obstacle à l'évacuation des gaz, mais elle est provoquée pour la plus grande part, par une production exagérée. Même les aliments qui d'ordinaire n'engendrent que peu de gaz, peuvent pourtant fermenter d'une manière intensive. Chacun sait qu'en cas de sténose incomplète du tube intestinal, il y a presque immédiatement flatulence extrême de la partie située au-dessus de l'obstacle. Particulièrement surprenantes sont la rapidité et la puissance de formation de gaz, dans le rétrécissement de l'intestin grêle, lequel d'ordinaire fermente peu.

Il y a des cas de tympanite généralisée, avec ballonnement régulier du ventre, dans l'affaiblissement et spécialement dans la paralysie de la musculature intestinale. La paralysie complète est la suite habituelle des processus péritonitiques, aigus ou chroniques. Ainsi s'explique l'énorme poussée du ventre dans la péritonite tuberculeuse fruste de l'enfance ; de même, occasionnellement dans le typhus. Ici déjà, par simple excitation (sans état inflammatoire propre) du péritoine, il y a paralysie intestinale, heureusement presque toujours passagère, laquelle mérite grande attention, en raison du danger de fermentation et de décomposition par stagnation des ingesta. Des états semblables ont été souvent remarqués par Heidenhain, après des opérations sans réaction, sur l'intestin.

Et l'on ne peut s'empêcher de soupçonner que les collapsus graves, souvent mortels, qui sont la suite assez fréquente des opérations abdominales, ne soient théoriquement causés par de tels états de paralysie intestinale. Le plus gros contingent de flatulents est formé de ceux qui sont atteints d'atonie intestinale : femmes anémiques avec entéroptose, neurasthéniques intestinaux. Par péristaltisme insuffisant, les ingesta ne sont pas assez remués et poussés ; la cause de fermentation a le temps et l'occasion d'une plus grande activité.

Ainsi : *la faiblesse de musculature ou la stagnation des ingesta par motif quelconque, est la cause la plus importante et la plus fréquente de fermentation intestinale anormale. Pour l'intestin comme pour l'estomac, nous pouvons admettre que la formation de gaz pathologique, sans troubles de la motilité, appartient aux exceptions.*

La fermentation intestinale n'est pas uniquement déterminée par la quantité totale de gaz accumulée dans la cavité abdominale : il peut y avoir fermentation, sans présence exagérée de gaz. Il faut songer en première ligne au pouvoir qu'a la membrane intestinale, de résorber CO^2, H^2, et même le méthane, ainsi que tous les produits gazeux de fermentation. Nous ne savons rien de précis sur l'étendue et les oscillations de cette résorption gazeuse ; nous en connaissons l'existence, par l'analyse de l'air respiratoire, et nous savons qu'elle se montre dans des proportions variées chez les différents animaux. Chez l'homme, le volume et la composition du flatus varient dans de grandes limites, même dans des conditions alimentaires rigoureusement égales. Jusqu'ici, les analyses faites dans cette direction sont peu nombreuses et n'ont aucune concordance tandis que les gaz de fermentation insensible des fèces qui donnent le tableau de ceux produits initialement, ont une composition à peu près constante.

Il serait intéressant d'examiner, si dans les troubles circulatoires généraux ou limités à la veine porte, qui progressent avec surcharge de CO^2 dans le sang, il y a flatulence plus grande, en raison de la résorption gazeuse intestinale qui se trouve amoindrie. Des recherches expérimentales dans ce sens n'ont pas encore été faites, mais on ne devrait pas en être trop éloigné si l'on rattache à des difficultés de resorption gazeuse,

(1) Voir *Progres Médical*, 13 mai 1899, p. 306

les plaintes de flatulence non rares dans les catarrhes intestinaux dus à la stagnation.

Régulièrement, *la résorption gazeuse souffre dans les mêmes conditions que la résorption alimentaire : ce qui est le cas, à des degrés divers, dans presque toutes les lésions fonctionnelles ou organiques de l'intestin.*

Il s'agit maintenant, de l'élimination anale des gaz. Nous avons vu plus haut, que tous les moments qui retardent le passage du contenu intestinal produisent secondairement une fermentation plus élevée. La plupart de ces causes, non toutes, peuvent en même temps entraver la prompte évacuation des gaz intestinaux, et ainsi s'explique ce fait, que l'on n'est pas toujours en état de déterminer si l'on a affaire à une rétention ou à une superproduction de gaz. C'est le cas tout particulier pour les obstacles incomplets : sténose moyenne, parésie légère de la musculature intestinale. Aussi longtemps que la pression abdominale est puissante, l'insuffisance de motilité peut être compensée dans une certaine mesure. Mais nous trouvons assez fréquemment des cas d'atonie intestinale, combinée avec le relâchement de la paroi abdominale ; exemple, l'entéroptose après grossesses répétées et autres cas semblables.

L'atonie des muscles de l'abdomen, ne cause que rarement par elle seule la rétention gazeuse pathologique ; nous pouvons simplement dire d'une manière générale, que la vie sédentaire est un obstacle à l'évacuation gazeuse, tandis que la gymnastique, l'équitation et autres mouvements la favorisent.

Il y a lieu enfin de s'intéresser à la consistance même des fèces. Il résulte des nombreuses recherches du Pr Schmidt, que dans une partie seulement des cas, les gaz formés sont bien confluents et s'échappent des fèces ; mais que dans les autres cas, principalement quand les matières sont riches en graisse, celles-ci sont dans leur ensemble, gonflées de gaz comme une éponge. Il est clair que dans ces conditions, la sortie des gaz est entravée. Conclusion : *La sortie des gaz ne dépend pas exclusivement de la fonction musculaire de l'intestin.*

Cliniquement il faut distinguer le météorisme partiel intéressant les anses intestinales en particulier, du météorisme généralisé. Le premier est presque toujours la cause d'un obstacle au passage des matières ; et de la localisation comme de la configuration des parties gonflées, résulte une grande importance pour déterminer le siége de la sténose. Le météorisme généralisé ne provient que des états de faiblesse, soit de la paralysie de la musculature intestinale générale. Le degré de paralysie n'a pas sa mesure dans celui de la distension abdominale ; celle-ci dépend bien plus, nous l'avons vu, de l'état de pression abdominale. S'il y a encore des mouvements péristaltiques, c'est que la paralysie n'est pas complète. Dans les états atoniques, on peut, quand la paroi abdominale est en même temps relâchée, provoquer souvent encore des mouvements péristaltiques, par des applications froides, et par l'excitation mécanique du ventre. Il est important et décisif au point de vue diagnostical de savoir : Si à une plus grande fermentation correspond une plus grande putridité ; si quand l'évacuation diminue, il y a plus d'indican dans l'urine. Si tel est le cas, il y a lieu de craindre en raison des troubles de la musculature intestinale que la décomposition putride ne dépasse en haut la limite valvulaire et n'envahisse l'intestin grêle : ce qui équivaut au collapsus et autres signes d'intoxication. Ce danger existe en particulier dans la paralysie intestinale complète, à la suite de péritonite.

Un deuxième groupe clinique est représenté par les affections intestinales dans lesquelles une formation exagérée de gaz se traduit par des coliques et des vents, sans qu'il y ait accumulation sensible de gaz dans l'abdomen. Dans ce cas, les douleurs « torturantes » et « en barres », dont se plaignent les malades, tiennent le plus souvent à un état inflammatoire de la muqueuse intestinale, et à un examen sérieux des fèces, ne manquent que rarement les autres signes de l'entérite (résidus alimentaires non digérés, mucus, odeur putride, etc.) Par malheur, nous ne possédons jusqu'ici pour les états inflammatoires limités à l'intestin grêle que des moyens de diagnostic très insuffisants ; et c'est ici qu'il faut savoir qu'il peut y avoir fermentation énorme de gaz, sans maladie concomitante de la muqueuse intestinale.

Thérapeutique. — Dans le météorisme partiel à la suite de sténose et dans la paralysie intestinale généralisée, par péritonite, septicité, etc , la thérapeutique est celle du mal prédominant. Au contraire, l'accumulation gazeuse par atonie de la musculature intestinale dans l'entéroptose, l'anémie et autres états, nécessite un traitement spécial. Celui-ci peut n'être que tonique, et mieux mécanique que médicamenteux. Le massage, la faradisation interne et externe, l'hydrothérapie, les mouvements passifs sont ici à leur place, avec des résultats souvent favorables, particulièrement en cas de troubles nerveux, sans état catarrhal. Ajoutons les purgatifs, pour l'évacuation mécanique des gaz.

Quand la fermentation est due à des troubles chimiques, avec état inflammatoire de la muqueuse, alors, une diète prévoyante s'impose. Il est absurde de soumettre de tels malades à l'alimentation d'usage pour ceux qui souffrent de l'estomac. Ni une diète exclusivement liquide (ulcus), ni le régime du catarrhe et la stase gastrique, ne conviennent d'emblée aux malades de l'intestin. On peut simplement dire d'une manière générale, que tout ce qui est susceptible d'exciter la muqueuse intestinale d'une manière mécanique, thermique ou chimique, doit être soigneusement évité. Quant au choix des aliments, l'expérience personnelle du malade est d'importance décisive.

Si la formation exagérée de gaz est le symptôme le plus saillant de troubles digestifs, alors il faut bien établir s'il n'y a pas en cause, une plus forte décomposition d'albumine. Ce n'est pas le cas habituel, ou, du moins dans les légers troubles où l'on remarque surtout une décomposition des hydrocarbonés. Dans les deux cas, on approprie le régime à la situation.

Il est très difficile d'apprécier l'influence des médicaments sur les fermentations intestinales. Est favorable en principe, tout ce qui améliore l'état morbide de la muqueuse. Le Pr Schmidt a essayé toute une série d'anciens et nouveaux remèdes, sur des intestins non malades dont la fermentation moyenne était connue par la méthode de post-fermentation des fèces.

Les médicaments furent mêlés pendant plusieurs jours à l'alimentation habituelle, et les modifications dans la fermentation fécale furent observées. Il est résulté de ces recherches, qu'aucun des médicaments usuels (acide salicylique et ses préparations, naphtaline, menthol, thymol, etc.) n'exerce une influence sensible, aussi longtemps que la rapidité des mouvements de l'intestin n'est pas augmentée. Les purgatifs et en première ligne le calomel, peuvent abaisser pour quelques jours le nombre des bactéries et interrompre la fermentation.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr Ch. MIRALLIÉ.

XIX. — Traité des maladies du système nerveux, par Oppenheim, 2e édition. (Librairie Verlag, Berlin, 1898.

XIX. — L'autorité du Pr Oppenheim, sa valeur bien connue de neuropathologiste faisaient attendre beaucoup de son *Manuel des maladies du système nerveux.* — L'attente n'a pas été déçue et le livre est digne de son auteur. C'est le plus grand éloge que nous puissions en faire.

Il est impossible, on le comprendra, d'analyser un traité didactique où sont exposées toutes les questions de la neuropathologie. Bornons-nous à indiquer les principaux chapitres. La première partie, toute pratique, est un résumé de la séméiologie du système nerveux, et montre au praticien quels symptômes il doit rechercher chez ses malades, comment il doit les rechercher et quelle est leur valeur. A ce chapitre de pathologie générale succède la pathologie spéciale, consacrée à la moelle et à ses méninges, aux nerfs périphériques, au cerveau et à ses enveloppes, au bulbe et au cervelet, aux névroses, au sympathique, aux trophonévroses et aux angionévroses, à l'alcoolisme, à la morphinomanie et au tétanos.

Chaque chapitre est précédé d'une notice anatomique, très simple et très précise, mais très complète et au courant des travaux les plus récents. Dans son exposé l'auteur ne s'attarde pas à discuter longuement les opinions des auteurs ; il se borne à relever les faits bien établis ; loin de laisser un doute

dans l'esprit du lecteur, au milieu des théories disparates, il n'hésite pas à donner nettement son avis et à faire connaître son opinion. Illustré de nombreuses figures, écrit dans un style clair et concis, ce traité de neurologie est un livre de première utilité pour le médecin et l'étudiant et un des meilleurs que l'on puisse recommander.

XX. — Paralysie produite par la section de la moelle allongée; par de Bechterew. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.*)

XX. — Un homme de 37 ans reçoit à la chasse un coup de fusil tiré à une distance de 5 à 10 pas; la décharge l'a atteint au-dessous de l'omoplate gauche et à sa partie interne, tout près de la colonne cervicale. Cliniquement le malade a présenté les phénomènes suivants : 1° Dans toute la moitié gauche du corps, à l'exception du visage, parésie motrice passagère, anesthésie à la douleur et à la température, et diminution considérable de la sensibilité au tact et à la pression avec conservation du sens musculaire; 2° sur la moitié droite du corps, excepté la face, paralysie d'abord complète qui se transforme en parésie motrice, avec diminution de la sensibilité au tact et à la pression avec perte du sens musculaire; 3° sur la moitié droite du visage principalement sur le territoire des branches supérieure et moyenne du trijumeau, anesthésie de tous les modes de la sensibilité; 4° du côté de l'anesthésie faciale il existe en outre une diminution des sens : vue, ouïe, odorat et goût.

Betcherew conclut à une lésion de la partie inférieure de la moitié droite de la moelle allongée, qui a frappé les faisceaux conducteurs de la sensibilité pour la moitié gauche du corps et la racine ascendante droite du trijumeau.

L'auteur rapproche de ce cas les expériences faites en son laboratoire par le Dr Kuprewitsch, qui, en opérant sur la moelle allongée des chiens, obtint : une analgésie croisée de la moitié droite de la face, du côté gauche du tronc et des extrémités gauches; une diminution évidente de la sensibilité tactile sur les extrémités des deux côtés, mais surtout à droite; perte ou faiblesse du sens musculaire sur les extrémités droites et enfin complète anesthésie sensorielle droite. En se basant sur son observation, Bechterew admet que chez l'homme il n'y a aurait d'entrecroisement complet que pour les fibres des sensibilités douloureuse et thermique et entrecroisement incomplet pour les fibres tactiles.

A gauche, l'anesthésie est complète, superficielle et profonde, le sens musculaire est disparu et cependant quand on électrise les muscles, le malade a une sensation évidente de secousse et de contraction; à droite, au contraire, où le sens musculaire est perdu, il n'y a pas de sensibilité électrique. La sensibilité électrique est donc indépendante de la sensibilité générale. Il faut encore remarquer que malgré ces troubles de sensibilité des membres inférieurs, il n'y avait pas trace d'ataxie chez ce malade.

XXI. — Amblyopie monoculaire hystérique coexistant avec une vision binoculaire normale; Morton Prince. (*The American Journ. of the Med., Sc. fév.* 1897.)

XXI. — A la suite d'une émotion violente par crainte d'une collision de voiture, un malade présente une amblyopie monoculaire hystérique, avec cécité des couleurs, rétrécissement du champ visuel, polyopie, et rapprochement du *punctum remotum* avec éloignement du *punctum proximum.* La vision binoculaire était conservée.

XXII. — Contribution à la pathologie et à l'histologie de la sclérose en plaques; par Schuster et Bielschowsky. (*Zeitschrift f. klin. Med.*, Bd. 34. H. 5 et 6.)

XXII. — Un jeune homme de 20 ans est atteint de sclérose en plaques à marche rapide et à début bulbaire. La mort arriva par bronchopneumonie. Examen histologique très complet, illustré de planches très démonstratives. Les auteurs discutent les différentes théories émises pour l'histogenèse du processus.

XXIII. — Mélanges neurologiques (5e partie); par Mobius. — (Librairie Barth à Leipzig, 1898.)

XXIII. — Dans ce recueil sont traitées les questions les plus diverses qui témoignent pour la plupart de la haute valeur intellectuelle et de l'activité de l'auteur. Il nous est impossible d'analyser une telle œuvre; l'indication de différents chapitres montre la diversité des sujets traités. Quelques-uns sont consacrés à la pathogénie générale (Causes des maladies, classifications des maladies), ou à la pathologie générale nerveuse (traitement des maladies nerveuses, établissements spéciaux pour le traitement de ces maladies); d'autres se rapportent plutôt à l'hygiène (lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, les maladies vénériennes, amélioration de la race humaine). A la neuropathologie sont consacrés des travaux sur l'hémihypertrophie, l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique, l'acromégalie et le traitement de la nervosité. Les deux derniers articles sont des nécrologies de Charcot et de Heinroth.

XXIV. — Travaux sur la pathologie et l'anatomie pathologique du systéme nerveux central; par A. Pick. (Librairie Karger, Berlin, 1898).

XXIV. — Dans ce travail, dédié à la mémoire de son ami Kahler, Pick a rassemblé un certain nombre de ses travaux de neuropathologie, les uns déjà publiés, les autres inédits. Pour la plupart il s'agit d'observations complètes, cliniques et anatomopathologiques; plusieurs observations anciennes sont reprises et complétées; de nombreuses figures illustrent l'ouvrage et permettent de se rendre compte des lésions observées par l'auteur.

La plupart des chapitres sont consacrés à l'étude de l'aphasie dans ses diverses manifestations, sujet de prédilection de l'auteur, où sa compétence toute spéciale augmente la valeur de ses travaux : I, troubles de l'identification (asymbolie, apraxie, agnocie); II, compréhension de la parole; III, cécité verbale chez les gauchers; IV, aphasie sensorielle sous-corticale; V, de l'aphasie sensorielle et de l'importance de l'hémianopsie pour les localisations; VI, de l'aphasie sensorielle sous-corticale; VII, des rapports entre la cécité verbale et l'agraphie; VIII, des troubles partiels du centre de la surdité verbale, et de leurs rapports avec l'aphasie sensorielle transcorticale; IX, de l'agrammatisme à la suite d'une lésion cérébrale localisée, contribution à l'étude des rapports entre la surdité verbale et la surdité; X, de l'aphasie de conduction (Wernicke); XI, surdité verbale complication de la paralysie pseudo-bulbaire; XII, symptomatologie des lésions anciennes du centre de la parole de l'hémisphère gauche. Tous ces chapitres sont illustrés d'observations très complètes minutieusement étudiées, et pour la plupart suivies d'autopsies.

Viennent ensuite : De l'affaiblissement général de la mémoire, conséquence immédiate d'une affection cérébrale localisée; — des troubles de localisation dans l'espace à la suite d'affection cérébrale localisée. — Le XVe chapitre a pour étude deux observations très intéressantes de tumeurs du pont; à l'étude du bulbe sont consacrés les chapitres suivants : sur un cas d'affection de la région interolivaire, avec remarques sur les fibres arquées antérieures; sur un faisceau de fibres peu étudié, faisceau olivaire de Becherew, faisceau à trois faces de Helweg. Dans la moelle, Pick étudie le faisceau en virgule des cordons postérieurs de Schultze. — Des chapitres sont consacrés à des points particuliers du tabes : retour du phénomène du genou dans les cas anciens de dégénérescence des cordons postérieurs; des formes du tabes chez l'enfant. — Un dernier chapitre sur les arrêts de développement et les vices de conformation de la moelle épinière permet à l'auteur d'étudier certains détails d'anatomie normale et pathologique de la moelle épinière.

XXV. — Tumeur de la couche optique; par Miura. (*Mitteilungen des Medicinischen Facultat zu Tokio*, 1898).

XXV. — Deux observations de tumeur du thalamus que l'auteur résume ainsi : 1° Paysan; hérédité nerveuse; début de la maladie en septembre 1895 par du tremblement ou secousses dans les extrémités droites; puis attaques épileptiformes ressemblant à une épilepsie jacksonnienne généralisée; crises d'angoisse à forme d'angor. Hémiparésie droite spastique avec secousses et mouvements athétosiformes; hémianesthésie; cyanose; non participation du facial inférieur ; — rétrécissement concentrique du champ visuel; céphalalgie; névrite optique. Mort de béribéri le 21 août 1897. Volumineux gliome

occupant presque tout le thalamus gauche et empiétant sur le tubercule quadrijumeau antérieur gauche;

2° Etudiant, 21 ans; hérédité nerveuse; alcoolisme. Début de la maladie le 30 octobre 1897; faiblesse des extrémités gauches avec secousses du côté malade; pas de convulsions épileptiformes; hémiplégie gauche sans trouble de la sensibilité; glycosurie, vertiges, céphalalgie; papille de congestion. Méningite purulente tardive; mort. Tubercule solitaire du thalamus droit, dégénérescence descendante du faisceau pyramidal.

XXVI. — Altération des os des pieds et des mains dans la lèpre mutilante; par Miura. (*Mitteilungen der Medicinischen Facultät zu Tokio*, 1898.)

XXVI. — Dans deux cas de lèpre, l'auteur étudie l'aspect macroscopique des mains et des pieds mutilés, et à l'aide des rayons X et de l'examen microscopique soutient la théorie de la résorption osseuse, du trouble trophique.

XXVII. — Hypnose des animaux; par Verlorn. (*Beiträge der Physiologie des Centralnervensystems*. Librairie Fischer, Iéna, 1898.)

XXVII. — Depuis longtemps déjà est connue l'hypnose des animaux. L'auteur passe d'abord en revue les travaux antérieurs, et étudie successivement les phénomènes d'hypnose chez les oiseaux, les mammifères, les reptiles, les amphibiens, les poissons, les écrevisses; puis il note les diverses explications émises successivement par Schwenter, Kircher, Czermak, Preyer, Heubel, Danileswky. L'auteur fait jouer un grand rôle dans ces phénomènes au système musculaire et à l'état des réflexes.

XXVIII. — Traitements actuels du tabes; par Leclerc. (J.-B. Baillière, Paris, 1899.)

XXVIII. — La thérapeutique du tabes, malgré les nombreux moyens employés, est encore loin de guérir cette épouvantable affection. A quoi cela tient-il? A ce que, dit l'auteur, l'on s'est, jusqu'à ses dernières années, attaqué à la cause du tabes; l'on a voulu faire de la thérapeutique pathogénique, alors que l'origine et la cause du tabes sont encore entourées d'obscurités. « Il faut renoncer à guérir le tabes; tandis qu'on réussit à soulager et à améliorer les tabétiques. » Après un exposé complet des méthodes pathogéniques, l'auteur s'étend plus longuement sur les traitements symptomatiques. La méthode de Frenkel, ou méthode de rééducation des mouvements, a donné de très bons résultats; si elle présente certaines contre-indications, elle réussit le plus souvent à améliorer les malades; elle agit surtout contre l'ataxie qu'elle diminue dans des proportions considérables. La suspension de Moezukowski n'a pas donné les résultats qu'elle promettait; mais le principe de la méthode est bon; aussi Gilles de la Tourette et Chipault l'ont-ils appliqué dans leur élongation de la moelle.

A leur appareil, Leclerc a fait subir une modification destinée à le rendre plus pratique. C'est à cette méthode que l'auteur donne la préférence, basée sur une riche statistique.

Fait sous la direction de M. le Pr Raymond, à l'aide des riches matériaux de la Salpêtrière, illustré de nombreuses observations avec schémas de sensibilité, ce travail est encore une étude très complète et très instructive des troubles de la sensibilité chez les tabétiques.

Il y a donc ici plus qu'une statistique thérapeutique, mais encore des recherches sur le tabes très intéressantes pour le clinicien et le pathologiste.

XXIX. — Essai sur la maladie de Basedow, par Gayme. (Librairie Alcan, 1899.)

XXIX. — L'auteur consacre sa thèse inaugurale à une étude complète de la maladie de Basedow. Après une étude clinique de divers symptômes, Gayme discute longuement l'étiologie de la maladie et les diverses théories pathologiques émises. Pour lui, le syndrome basedowien type répond incontestablement à une excitation du système sympathique. Cette excitation peut être provoquée, soit par voie directe, soit par voie réflexe. — Il n'existe pas de thérapeutique toujours la même pour tous les cas de maladie de Basedow. La thérapeutique doit être éclectique et varier avec chaque cas, surtout suivant son étiologie.

XXX. — Maladie de Basedow; par Schwerdt. (*Münch. Med. W.*, 1898.)

XXX. — Reprenant ses travaux antérieurs et se basant sur l'analyse clinique, l'auteur soutient les relations étroites qui existent entre la maladie de Basedow d'une part, l'entéroptose, le myxœdème et la sclérodermie d'autre part. Dans l'évolution de toutes ces affections, Schwerdt décrit un premier stade neuropathique, un second stade d'auto-intoxication. L'évolution ultérieure de la maladie, la participation prédominante de telle ou telle partie de l'organisme entraîne le syndrome clinique de l'une ou l'autre affection.

BIBLIOGRAPHIE

Quelques observations sur les hémorragies utérines chez les nouveau-nées; par Joseph Jaworski (*Kronika Lezarska*, 1er mars).

Si la menstruation précoce est la preuve d'une évolution accélérée, d'un développement anormal de l'organisme et surtout des organes sexuels, la menstruation chez les nouveau-nées entre dans le domaine de pathologie.

Stricker, Keunig ont observé les uns des menstruations précoces dans le courant de la première année, Stricker a publié quarante-un cas, Keunig trente-cinq.

Un curieux fait cité par Jonsthon qui a observé la menstruation s'établir dès la première semaine et durer régulièrement jusqu'à 6 années de la vie d'une enfant.

La littérature sur la menstruation chez les nouveau-nées est tout à fait peu complète. On trouve des données un peu plus précises chez le docteur hongrois Tröss. Il a observé dans le courant de deux ans 6 cas. La menstruation se montrait quelques jours après la naissance chez les enfants chétives, venues au monde dans des conditions extrêmement pénibles, le plus souvent application du forceps, état de la mort apparente. Il publie un cas avec l'autopsie; la menstruation a paru la veille de la mort; l'utérus était augmenté, la muqueuse rouge, les ovaires agrandis; dans le parovarisme droit quelques kystes. Dans les autres cas on pouvait éliminer la septicémie, hémophlie, maladie de Werloff.

L'auteur a observé 3 cas pendant deux ans; la menstruation paraissait quelques jours après la naissance. Les mères étaient faibles, les petites filles très chétives, dans deux cas application du forceps. Les organes sexuels étaient normaux, à la vulve paraissait le sang par gouttes, les mamelons étaient augmentés. L'auteur a ordonné des bains tièdes, des lavements froids; le sang a cessé de se montrer. Les causes de ces phénomènes l'auteur les voit dans les dystocies, il se forme des changements dans le sang qui sort par les parois des vaisseaux qui ont été relâchés.

Selon l'auteur il faut relier ces menstruations avec les cas des hémorragies dans la moelle qui paraissent chez les nouveau-nées dans l'état de la mort apparente où on a pratiqué la respiration artificielle de Shultze. Le Pr Shultze cite plusieurs cas de ces hématomyélies avec des autopsies. Dans ces observations on constate encore chez les asphyxiés du sang dans le poumon, le cœur, etc. On peut admettre ces hémorragies dans les organes tels que l'utérus; chez les nouveau-nées à cause d'un changement dans la circulation il y a une pléthore sanguine et on peut supposer qu'après les accouchements difficiles quelques vaisseaux se rompent. Ceci ne peut pas tout à fait expliquer cette menstruation, beaucoup d'enfants naissent à l'état de la mort apparente et le sang n'apparaît pas à la vulve. Henoch émet l'hypothèse que ces hémorragies sont en connexion avec les changements de l'épithélium utérin.

G. de Majewska.

Un cas de lèpre anesthésique avec autopsie; par E. A. Samguine. *Société de neuropathologistes et de psychiatres de Moscou*, séance du 2 [illegible] mars. (Vratch, 1898, n° 18, p. [illegible].)

Le malade, originaire de Moscou qu'il n'avait jamais quitté, a été atteint de la lèpre depuis dix ans. Les plaques anesthésiques qui au début se localisaient seulement sur les extrémités, ont fini par couvrir tout le corps sauf une petite région entre les omoplates, des paralysies existaient dans les

domaines des nerfs cubital, médian, tibial et facial; les muscles correspondants étaient atrophiés, les mains en griffe.

On n'a pas trouvé de bacilles dans la peau du malade de son vivant. Le diagnostic de la lèpre a été fait (la dissociation syringomyélique de la sensibilité cutanée étant présente) étant donné l'épaississement des deux nerfs cubitaux au-dessus du coude, la distribution irrégulière de l'anesthésie sur les régions atteintes et la paralysie du nerf facial. L'autopsie a montré des névrites interstitielles avec dépôts de graisse dans les enveloppes internes et externes des nerfs; les vaisseaux des nerfs, également épaissis; pas de fibres à myéline dans les nerfs cubitaux et tibiaux; dans les cordons postérieurs de la moelle, les phénomènes de la dégénérescence secondaire ascendante; sclérose des cordons de Goll. Les bacilles de Hansen en petite quantité ont été trouvés dans la peau et dans les parties des nerfs récemment atteintes. E. MARGOULIÈS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Revue de technique médicale et chirurgicale.

Le premier fascicule de la deuxième année de la *Revue illustrée de technique médicale et chirurgicale* du Dr G. Beck, de Berne (édit. Rosebaum, à Berlin, W. 57), venant de paraître, contient entre autres des Référés très détaillés et richement illustrés sur les compositions suivantes : Séchehaye : Nouvelle méthode du diagnostic des corps étrangers avec les rayons X; — Catherina : Résection de l'articulation du coude; — Butlin : De l'opération de Halsted dans le carcinome mammaire; — Jeannel : De l'entérostomie de Bodine; — Delagénière : Hépatopexie; — Ball : Opération radicale des hernies scrotales; — Thellwall : Opération des hémorroïdes ; — Doyen : Hystérectomie vaginale et abdominale (20 gravures); — Lowson : Cystopexie en cas prolapsus utérin et de cystocèle. — En outre une communication originale du Dr Sohenkel, directeur de l'Institut clinique de Rœntgen à Berne, au sujet d'un procédé simple usité dans la Clinique de Koch sur la localisation des corps étrangers dans les extrémités.

VARIA

Un cas de guérison de plaie pénétrante de l'abdomen avec lésion des intestins, au XVIe siècle.

En 1895, la Société de Chirurgie discuta longuement la question des plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésions des intestins. Ces plaies, d'une gravité exceptionnelle, forment une large part des blessures observées en chirurgie d'armée. D'après Otis, un dixième du nombre total des morts succomberait à ce genre de lésions à la suite d'un combat, et 75 pour 100 des blessés de cette catégorie ne pourraient guérir. M. Peyrot, dans une statistique de 3.717 plaies pénétrantes, relève 3.031 décès, soit une mortalité de 87,2 pour 100, et M. Guinard dans son remarquable article du *Traité de Chirurgie*, conclut en adoptant l'opinion de M. Peyrot, à savoir que toute plaie pénétrante est extrêmement grave et mérite la plus grande attention du chirurgien. Cette opinion explique d'ailleurs la prudente réserve des bulletins de santé que rédigeait naguère ce distingué chirurgien, lorsqu'il fut appelé à donner ses soins à M. Catulle Mendès, blessé à l'abdomen dans un duel très récent.

Si, à notre époque, le pronostic des plaies pénétrantes de l'abdomen est si sombre, bien plus terribles devaient jadis en être les suites; aussi n'est-ce pas sans un vif sentiment de curiosité que nous avons lu l'observation d'une guérison de plaie de l'abdomen avec lésion indiscutable de l'intestin, plaie faite à la bataille de Coutras, durant les guerres de religion, et soignée par G. Loyseau, médecin et chirurgien du roi de Navarre. Nous croyons intéresser nos lecteurs en publiant l'observation (1) de ce fait peu connu et peu commun à cette époque :

(1) Nous devons cette observation à la gracieuse obligeance de Mme Refroigney Gratiolet, fille du savant et regretté professeur de la Sorbonne.

D'UN COUP DE LANCE AU VENTRE BLESSANT LES INTESTINS.

Extrait des *observations médicinales et chirurgicales avec histoires, noms, pays, saisons et témoignages*, par M. G. LOYSEAU, médecin et chirurgien ordinaire du Roy. (In-12 Bourdeaux, 1617, pages 17 à 25.)

A la bataille de Coutras, l'an 1587, 20 octobre, fust blessé Monsieur de Vivant, de deux coups de lance; l'une playe estoit au bras droit, persant le muscle biceps, ensemble le muscle brachicus, rasflant contre le périoste de l'humérus, et passant outre, le boys rompit, et le fer demeura dans le bras, lequel j'arrachay.

Plus une autre playe au-dessus du pubis au défaut de la cuirasse, montant en haut vers le ventricule, duquel coup il fust renversé sur la croupe de son cheval, dont le chevalier allait d'une si grande raideur, que le boys de la lance rompit, et le fer demeura bien avant dans le ventre. Et quoyque le dit sieur de Vivant eut été blessé plusieurs fois de très grandes playes, dit n'avoir jamais soufert une si extrême et violante douleur qu'alors, et d'autant que en mesme temps, le mesme jour auparavant, on lui avait donné un autre coup de lance par devant au milieu de sa cuirasse, dont le bois rompit, et le fer luy tomba dans la sele entre ses cuisses, et tomba à terre lorsqu'on le descendoit de cheval, qui fut cause qu'on croyoit que ce fut le fer qui l'avait blessé au ventre, mesmement ceux qui le pensoient qui estoient Messieurs Le Gendre et Martel, tous deux chirurgiens du Roy, tellement que, méprisant le coup, ils lui mirent une petite tente comme un fer d'éguillette, pendant en bas vers le pubis. J'estoys en Périgort, là où je fus mandé en diligence, et arrivay à Saincte Foy le troisième jour, là où estoit le blessé, et trouvay qu'on achevoit de penser le ventre et adjoustant foy à ce que lesdits chirurgiens me dirent, et que son grand coup estoit au bras (ce que je n'estimay pas beaucoup estant loing de l'article sans fracture quelconque) je ne le sonday pas, mais mondit sieur de Vivant, se fiant fort de moy, comme l'ayant traitté souvent de plusieurs autres grandes playes, me pria de coucher en sa chambre, à quoy j'obeys volontiers; les autres se retirèrent, pour penser grand nombre de blessez qu'il y avait en la ville; et moy voyant que nostre pauvre malade avoit de grandes douleurs et tranchées au ventre faisant force sang par le dos, et qu'à tout propos luy fallait bailler le bourrelot (bourrelet, bassin garni de linge), je jugeay que les intestins, ou quelcun d'iceux estoient blessés. Et d'autant que les douleurs continuaient, je fus contraint le descouvrir pour le penser et mieux sonder, ce que je fis avant minuict, et cognoissant que la trace de la lance n'allait point en bas, et voyant que le ventre commençoit à estre livide, je sonde en haut et trouve à demy pied de l'orifice quelque chose estrange et dur qui fust cause, que je fis une incision de quatre doits, et, me contantay de cela pour lors, avec espérance que ce seroit le moyen de trouver et extraire la chose estrange. Mais d'autan que les doulcurs augmentoient de plus en plus, considérant aussi les déjections sanglantes, je me délibère encore de le repenser, tellement que par l'incision que j'avois faicte je rencontre deux esclats de bois, chascun de la longueur du doit. Le jour estant venu, mes compagnons vindrent, croyant que nous le panserions ensemble, mais je leur dis qu'il n'estoit besoin, d'autan que je l'avais pensé deux fois ceste nuict, et que je venois de luy tirer deux esclats de bois par une incision que je luy avois faicte, et parceque la playe estoit encore sanglante, qu'il falloit attandre à le panser sur le soir. Chacun s'employa tout le long du jour à panser nombre infini de blessez, et le soir venu, d'autant que les douleurs le pressoient, et que mes compagnons ne venoient point, je le descouvre, et par l'immission, je sonde et trouve une chose dure, ronde et lisse, qui estoit le fer de la lance, lequel ne pouvant bien prendre, j'amplifie encore la playe, et par icelle au lieu du ferrement j'y mis la main, et tiray ledit fer, et comme j'achevoy de le penser, le Roy envoya deux gentil-hommes pour sçavoir son portemant. Moy, ne pouvant aller rapporter le faict à Sa Majesté, je lui envoyay ledit fer par ces gentil-hommes, de quoy le Roy fort esbahy, et admirant ceste œuvre, appelle ses autres chirurgiens qui l'avoient veu au commencement, les blasma et tança fort à cause qu'ils luy avoient raporté que le grand mal estoit au bras et que la playe du ventre n'estoit rien. Le lendemain le Roy le vint voir moy estant par la ville pour voir d'autres blessés, et luy venoit-on de donner un bouillon après un clystère qu'il avoit prins auparavant dont partie du clystère et le bouillon sortirent par la playe, tellement que le Roy, le trouvant en si mauvais estat, demanda là ou j'estois. De quoy adverty, je vins promptement, et trouvay le Roy qui descendait du degré, qui me commanda de monter voir ledit sieur de Vivant, ce que je fis en diligence et y trouvay Martel qui tenoit la main droite sur la playe. Alors le pauvre Seigneur se réclama à moy, me disant qu'il estoit mort, mais je le consolay et assuray en tout ce qui me fust possible, et l'ayant descouvert, je trouvay que cela estoit véritable, et mesme un autre clistère, qui passa partie de mesme.

Je m'en vays (après l'avoir pensé), chez un apoticaire allemand nommé Phlug; là ou je lui composay un baume duquel je lui remplissois sa playe soir et matin. Je luy déffendis de boire et toute viande solide, luy faisant prendre seulement un hordeat le matin et un autre le soir. Je luy faisois prendre soir et matin des potions vulnéraires. Et Dieu bénit tellement c'est œuvre qu'au seiziesme ou dix-septiesme jour, je n'y mis qu'un emplastre solide vulnéraire, et ledit seigneur de Vivant monta à cheval et vint coucher à Sainct Sernin, chez un sien parent, estant parfaictement guéry! »

J. Noir.

Le Congrès contre la tuberculose de Berlin.

Le 23 mai a eu lieu, en présence de l'impératrice d'Allemagne, l'ouverture du Congrès de la tuberculose, sous la présidence du chancelier de l'Empire.

Les ministres Bosse et Posadowski, le bourgmestre de Berlin, ont prononcé les discours d'ouverture.

La France était officiellement représentée à ce Congrès par une délégation importante, à la tête de laquelle était M. le Pr Brouardel. Le but officiel du Congrès était la lutte contre la tuberculose en tant que maladie endémique, mais la question principale traitée au Congrès devait être celle des sanatoria populaires, et des délégués ouvriers avaient été conviés à la séance d'ouverture du Congrès. Celui-ci s'est ouvert d'ailleurs sous les meilleurs auspices, un don de trois millions de marks ayant été fait par le député Heyl, grand industriel allemand, à l'œuvre des sanatoria populaires.

Une exposition d'hygiène avait été inaugurée la veille. Dans la séance d'ouverture, le Pr Von Leyden a montré ce qu'étaient les ravages produits par la tuberculose à notre époque, et s'est étendu principalement sur les moyens que l'hygiène met à notre disposition pour lutter contre le terrible fléau.

Les travaux présentés à ce Congrès étaient fort intéressants et fort nombreux, dans notre prochain numéro, nous publierons une analyse des principales communications qui y ont été faites.

Le Temps du 30 mai nous donne les détails suivants sur la clôture du Congrès :

Après la dernière séance, l'empereur et l'impératrice ont reçu dans le Nouveau-Palais à Potsdam, 67 membres du Congrès de la tuberculose. Les présentations ont duré près de deux heures. Les trois princes aînés de la famille royale étaient présents. L'empereur et l'impératrice ont exprimé au duc de Ratibor, président du Congrès, la joie que leur ont fait éprouver les délibérations du Congrès. L'empereur, l'impératrice et les princes de Prusse ont adressé quelques paroles à chacun des membres présents et se sont surtout entretenus assez longuement avec les délégués étrangers, parmi ces derniers notamment, avec les délégués français, le Dr Brouardel, le Dr Nocard et avec le délégué espagnol, M. Cortezo.

La conversation de l'empereur avec M. Brouardel a porté sur l'Exposition internationale de Paris de 1900 et sur le Congrès international des médecins qui se tiendra à Paris cette même année.

Un des délégués du corps médical suisse qui a pris part au Congrès international de la tuberculose, résume comme il suit les résultats de l'échange d'idées entre les congressistes parmi lesquels on comptait les plus célèbres spécialistes des diverses écoles de l'Europe :

« En premier lieu, on peut noter la grande extension qu'a prise en Allemagne la construction de sanatoria pour les indigents pendant les cinq dernières années; et cette extension est due en grande partie aux charges vraiment colossales qu'impose la tuberculose aux caisses obligatoires d'assurance contre l'invalidité; celles-ci, menacées dans leur fonctionnement, font maintenant des efforts énormes pour rendre de nouveau valides des milliers d'ouvriers assurés et devenus invalides par la tuberculose.

Une deuxième impression très nette qui ressort des communications est le peu d'efficacité du traitement médicamenteux de la tuberculose. On peut véritablement parler de la faillite des remèdes, et les orateurs sont presque unanimes à préconiser les moyens hygiéniques comme les seuls efficaces pour guérir le mal; grand air, repos corporel et psychique en dehors du milieu familial et professionnel, hydrothérapie sont maintenant les facteurs de lutte les plus efficaces. »

Les exploits d'un guérisseur.

Le *Journal* du 31 mai nous donne les détails suivants sur les exploits d'un charlatan étranger qui, à l'instar de l'abbé K... (de Sens), eut son heure de vogue avant d'avoir à répondre de ses hauts faits devant les tribunaux.

Ce guérisseur mystique qui, on le verra, n'exerçait pas seulement pour la gloire de Dieu et le bien de l'humanité, prétend s'appeler Edwards. Sous le nom de nouveau Saint-Paul, aidé par une large publicité, il procédait par l'imposition des mains à la guérison des malades dans son appartement de la rue Cadet.

Sur la plainte de quelques-uns de ceux qui n'avaient pas été guéris, le parquet commit M. de Valles, juge d'instruction, et une descente de justice eut lieu. Le magistrat instructeur ne jugea pas qu'il était en droit d'arrêter l'apôtre guérisseur et ne délivra pas, en conséquence, de mandat. En ce qui concerne, du reste, l'infraction à la loi sur l'exercice illégal de la médecine, l'instruction est sur le point d'être terminée. On croyait donc ne plus avoir à s'occuper de cette étrange personnalité, quand, tout à coup, elle réapparaît à l'horizon. Hier matin, en effet, il se présentait au service de la Sûreté et demandait à se constituer prisonnier, mais pour toute autre cause que celle qui l'inculpait chez M. de Valles une première fois. Il s'agit d'un drame passionnel où le vitriol, l'amour et l'argent jouent tous trois un rôle.

L'apôtre, qui ne s'occupait pas que des choses du ciel, éprouvait une affection toute terrestre pour une jolie actrice, Mlle X... Des difficultés d'ordre pécuniaire s'étant élevées entre les deux amoureux, la jeune femme quitta son ami, lequel jaloux et persévérant, la vitriola. Hier, donc, le coupable s'est mis volontairement à la disposition de la justice et il est probable qu'avant de le faire comparaître devant un tribunal, on le fera examiner par des médecins aliénistes.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies nerveuses et mentales, hypnotisme. — M. le Dr Bérillon, le mardi et le samedi à 5 heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier.

Cours pratique d'ophtalmologie (Hôtel-Dieu). — M. le Dr F. Terrien : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). — M. Druault : 1° *Anatomie* normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques); 2° *Bactériologie* clinique de l'œil. — Chaque cours durera six semaines : le premier a lieu les mardi, jeudi et samedi à 5 heures; le second, les lundi, mercredi et vendredi à la même heure.

FORMULES

LXI. — Contre la chlorose.

Acétate neutre de cuivre	0 gr. 01 centigr.
Phosphate cristallisé	0 gr. 05 —
Poudre de réglisse } Glycérine }	Q.S. pour 1 pilule.

2 à 3 pilules par jour. (Liégeois.)

LXII. — Contre la néphrite.

Teinture de grindelia robuste	30 grammes
— de convallaria maialis	10 —
— de scille	5 —

Quinze gouttes trois fois par jour. (Huchard.)

LXIII. — Contre les névralgies faciales.

Butylchloral hydraté	10 grammes.
Alcool	10 —
Glycérine	20 —
Eau distillée	120 —

1 ou 2 cuillerées par jour. (Bocquillon-Limousin.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 21 mai au samedi 27 mai 1899, les naissances ont été au nombre de 986, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 355, illégitimes, 127. Total, 482. — *Sexe féminin* : légitimes, 366, illégitimes, 138. Total, 504.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 21 mai au samedi 27 mai 1899, les décès ont été au nombre de 941, savoir : 521 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 5. T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. —Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 23, F. 9. T. 32. —Scarlatine : M. 0, F. 3, T. 3. — Coqueluche : M. 6, F. 6, T. 12. — Diphtérie. Croup : M. 3. F. 3, T. 6. — Grippe : M. 2, F. 4, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 117. F. 72, T. 189 — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 13, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 10, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 25, F. 31, T. 56. —Méningite simple : M. 14, F. 12, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 18, F. 14, T. 32 — Paralysie, M. 2, F. 2, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 0, F. 5, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 30, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 2, T. 8. — Bronchite chronique : M. 11, F. 6, T. 17. — Broncho-pneumonie : M. 18, F. 17, T. 35. — Pneumonie : M. 17, F. 24, T. 41. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 31, F. 48, T. 79. — Gastro-entérite, biberon : M. 21, F. 13, T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale, M. 17, F. 10, T. 27. — Sénilité : M. 12, F. 25, T. 37. — Suicides : M. 16, F. 6, T. 22. — Autres morts violentes : M. 10, F. 1, T. 11. — Autres causes de mort : M. 84, F. 61, T. 145. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 1, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 13. Total : 36. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 13. Total : 35.

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours pour le Clinicat.* — Un concours pour les emplois vacants de chefs de cliniques s'ouvrira à la Faculte de Médecine de Paris, le lundi 26 juin 1899, à 9 heures du matin. Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical : à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ; 2° pour le clinicat chirurgical : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ; 3° pour le clinicat obstétrical : à la nomination de deux chefs de clinique titulaires ; 4° pour le clinicat des maladies mentales : à la nomination de deux chefs de clinique titulaires ; 5° pour le clinicat des maladies nerveuses : à la nomination d'un chef de clinique titulaire ; 6° pour le clinicat des voies urinaires : a la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Exercices pratiques de bactériologie, sous la direction de M. le Dr Fernand Bezançon, chef du laboratoire de bactériologie. Des exercices pratiques de bactériologie commenceront le mardi 6 juin 1899. Ces exercices auront lieu de 2 à 5 heures, tous les jours, excepté le vendredi. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses manipulations. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Gynécologie. — Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale, sous la direction de MM. Terrier, professeur, et Hartmann, agrégé. Cours de M. le Dr Cuneo, prosecteur. Ouverture le lundi 5 juin, à 1 h. 1/4. — I. Dilatation de l'utérus. Curettage. Amputation du col. — II. Principes généraux des opérations plastiques. Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie. — III. Opérations plastiques sur le col. Ligature vaginale de l'utérine. Colpotomie postérieure. — IV. Colpotomie antérieure et ses applications. Traitement des déchirures du périnée. — V. Ablation des fibromes intra-utérins. Hystérotomie et hystérectomie vaginales. — VI. Dilatation de l'urètre. Taille vaginale. Traitement des fistules vésico- et recto-vaginales. — VII. Raccourcissement des ligaments ronds. Hystéropexie abdominale. — VIII. Principes généraux des opérations abdominales. Ablation unilatérale des annexes. Ligature de l'utérine par l'abdomen. — IX. Castration abdominale totale pour annexites suppurées. — X. Hystérectomie abdominale pour fibromes. — Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et etrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Concours de Médecin des Hopitaux. — Le dernier concours vient de se terminer par la nomination de MM. les Drs Legry, Teissier et Hudelo.

Concours de Chirurgien des Hopitaux. — MM. les Drs Launay et Auvray, anciens prosecteurs de la Faculté, ont été nommés chirurgiens des hôpitaux à la suite du dernier concours.

Concours d'Accoucheur des Hopitaux. — Un concours pour une place d'Accoucheur des Hôpitaux s'est ouvert le 29 mai. Les candidats inscrits à ce concours sont : MM. Bassel, Bonnaire, Brindeau, Chavane, Dubrisay, Macé, Paquy, Schwab, Wallich. Le jury est composé de MM. Bouilly, Lepage, Bar, Boissard, Lucas-Championnière, Thibierge et Reynier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr A. Charpentier, membre de l'Académie de Médecine, professeur agrégé libre de la Faculté de Médecine. — M. le Dr Delarocheaulion (d'Evian).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Gilles de la Tourette. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10 h., laboratoire Axenfeld. — *Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles* : M. le Dr Marcel Lermoyez. Le mardi : conférence de séméiologie et de diagnostic, le samedi : conférence de thérapeutique ; le lundi : petites opérations spéciales ; le vendredi : opérations sur l'oreille et les sinus de la face (9 h. 1/2).

Hopital Beaujon. — M. le Dr Bazy. Maladies des voies urinaires, lundis, jeudis, samedis.

Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale.* M. le Pr P. Budin, mardi et samedi à 9 heures.

Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies nerveuses*, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — M. le Dr Déjerine, *Maladies du système nerveux*, le jeudi, à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe. — M. le Dr Jules Voisin, *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE NERVEUSE : Sur l'évolution dans le cours du tabes de l'hémiplégie permanente de cause cérébrale, par Cestan. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*), par L. Fiaux. — BULLETIN : L'hygiène publique et les Congrès internationaux, par J. Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir; — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay; — *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, par Baratoux. — REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE : De l'importance de la radiographie pour le diagnostic et le traitement des déviations de la colonne vertébrale, par Redard et Caron ; — De la correction des attitudes vicieuses et du raccourcissement dans la coxalgie, par Redard; — Le traitement des maladies par les méthodes physiques, par Shetch Dowse; — De l'utilité de la radiographie pour le diagnostic et le traitement de la coxalgie, par Redard; — Les mouvements auxiliaires dans l'hémiplégie, par Ghilarducci (an. de Paul-Boncour). — REVUE D'HYDROLOGIE : Eaux minérales d'Italie, par A. Labat (an. de J. Noir.) — VARIA : Visite aux champs d'épandage; — Hygiène des chemins de fer; — Emaillage des dents. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — NÉCROLOGIE : Le Dr Charpentier, par Ch. Maygrier. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CLINIQUE NERVEUSE

Sur l'évolution dans le cours du tabes de l'hémiplégie permanente de cause cérébrale ;

Par le Dr CESTAN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le cours du tabes peuvent survenir deux variétés d'hémiplégies, les unes transitoires, les autres permanentes. La première variété mérite seule le nom d'hémiplégie tabétique par ses caractères si distinctifs mis en évidence dans les travaux de Fournier, Lecocq, Debove, Edwards, etc. ; elle ne doit pas nous occuper. La deuxième variété est causée par des lésions organiques de l'encéphale, hémorragies, ramollissement, etc.; dans leur histoire clinique c'est leur seule évolution que nous désirons étudier dans cet article.

Toute hémiplégie cérébrale organique survenant chez un homme à système nerveux normal traverse deux étapes, une étape primitive caractérisée par la flaccidité de la paralysie, une étape secondaire caractérisée par l'apparition d'un état de spasmodicité, état qui va depuis la simple exagération des réflexes tendineux jusqu'à la contracture classique de l'hémiplégie. Cette évolution en deux temps est-elle possible si l'hémiplégie survient chez un tabétique dont les réflexes tendineux sont supprimés, tel est nettement posé le problème que nous désirons approfondir.

Cette question a déjà été étudiée en 1881 dans ce même journal par M. le Pr Debove, en 1889 par Mlle Edwards dans sa thèse inaugurale; et enfin en 1899 par M. Lopès. Sur la foi de quelques observations puisées dans ces travaux, les auteurs classiques admettent que dans l'hémiplégie permanente tabétique de cause cérébrale on *peut voir survenir une contracture secondaire spasmodique malgré la disparition définitive et complète des réflexes tendineux*. Nous ne croyons pas que cette proposition soit la traduction exacte des faits et nous espérons prouver au contraire que l'apparition de la contracture secondaire est liée à la persistance des réflexes tendineux. Pour le démontrer, nous allons, d'une part, rapporter des observations soit personnelles, soit relevées dans divers auteurs qui viennent à l'appui de notre affirmation, d'autre part, soumettre à une critique rigoureuse les faits qui paraissent la contredire.

OBSERVATION I. (Personnelle.) (1). — Cap..., Geneviève, 36 ans. Service de M. Babinski à la Pitié. La malade entre dans le service pour une hémiplégie droite avec aphasie datant du mois de mars 1898. Il est, par suite, très difficile d'obtenir des renseignements précis sur les antécédents. La malade aurait fait quatre fausses couches; depuis quatre ans, elle présenterait des crises gastriques à caractère tabétique, et des douleurs fulgurantes dans les jambes ; enfin, elle aurait eu des crises de nature hystérique à tel point que le premier médecin qui vient de l'examiner a pu croire à la nature hystérique de l'hémiplégie.

Etat en juin 1898. — La malade présente les signes d'un tabes classique avec association d'une hémiplégie organique.

Le *tabes* se manifeste par de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll, l'abolition de tous les réflexes tendineux, des douleurs fulgurantes et des crises gastriques.

Hémiplégie droite. — La malade ne quitte pas le lit, peut cependant exécuter quelques mouvements avec le bras et la jambe du côté droit. Légère parésie faciale. Le réflexe cutané plantaire se fait en extension à droite et en flexion à gauche. Léger mouvement asssocié de flexion de la cuisse du côté droit. Aphasie motrice prononcée sans surdité verbale.

Etat en mai 1899 (14 mois après l'ictus apoplectiforme). — Etat général très satisfaisant.

Tabes. — Le tabes se manifeste par de la mydriase, le signe d'Argyll, la dyschromatopsie pour le rouge, le signe de Romberg, la suppression do tous les réflexes tendineux des bras et des jambes, des crises de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, des crises de constipation, des crises gastriques avec vomissement présentant l'allure classique des crises gastriques tabétiques.

Hémiplégie. — La démarche de la malade est caractéristique. Elle avance facilement la jambe gauche et prend un point d'appui sur elle; dès lors, pour déplacer la jambe droite paralysée, elle fléchit la cuisse sur le bassin (ébauche du steppage), elle lance alors son pied avec un léger mouvement ataxique et dans ce mouvement, le pied est flasque, ballant, tout à fait différent par suite du pied de l'hémiplégique ordinaire. Les mouvements de la main droite sont revenus en partie, la malade peut fléchir l'avant-bras, étendre et écarter les doigts, mais elle ne développe que 5 au dynamomètre au lieu de 10 avec la main gauche. Pas d'incoordination des mouvements. Mouvements passifs tout à fait libres, sans arthrites, sans pseudo-

(1) Ces observations sont rapportées dans la thèse de M. Lopès sur l'hémiplégie permanente des tabétiques.

contractures. Flaccidité complète du côté hémiplégique avec hypotonicité. Suppression complète des réflexes tendineux du tendon d'Achille, du tendon rotulien, du triceps brachial. Suppression complète des réflexes osseux. On constate seulement une exagération du réflexe de la tête humérale du côté droit, et il est facile de vérifier que les muscles du pourtour de l'épaule droite présentent un degré très léger de spasmodicité. Le *réflexe cutané plantaire* se fait toujours en extension du côté droit, en flexion du côté gauche. Persistance du réflexe cutané abdominal. Léger mouvement associé de flexion de la cuisse du côté droit. Légère parésie du facial inférieur droit, de telle sorte que lorsque la malade parle ou rit, la commissure labiale gauche se soulève plus que la droite. Aphasie amnésique sans surdité verbale. Sens stéréognostique conservé. Sensibilité générale intacte.

Il existe en outre une atrophie en masse de tout le côté hémiplégique; l'avant-bras mesure 19 centimètres à droite, 20 à gauche, le bras 20 à droite, 22 à gauche, la cuisse 37 à droite, 40 à gauche, la jambe 25 à droite, 27 à gauche. La main est un peu œdématiée, froide, grasse; l'éminence thénar est légèrement aplatie, les ongles un peu recourbés et striés longitudinalement. Pas de pied bot tabétique. Pas de contractions fibrillaires. Pas de réaction de dégénérescence, simplement une légère diminution de la contractilité faradique du côté droit. Contractilité idio-musculaire normale.

Obs. II (personnelle). — Bourg..., 38 ans, salle Rostan, service de M. Babinski. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Pas de syphilis. Bonne santé jusqu'au mois d'octobre 1893. A cette époque sans phénomène prémonitoire, ictus apoplectique avec hémiplégie gauche et un peu d'hypoesthésie superposée à la paralysie. Le bras s'est peu à peu contracturé en flexion, la jambe est restée flasque.

Etat actuel en octobre 1898. — Le malade présente une suppression des réflexes tendineux des tendons d'Achille et rotulien des deux côtés. Perte du sens génital, du réflexe crémastérien. Inégalité pupillaire; la pupille gauche se contracte à peine à la lumière et se trouve en mydriase. Pas de douleurs fulgurantes, pas de troubles urinaires. Il est donc très probable que Bourg... est atteint d'un tabes lombaire; en tout cas les réflexes tendineux des deux membres inférieurs sont supprimés, tandis que les réflexes des membres supérieurs sont conservés.

Le malade est atteint d'une hémiplégie gauche. Parésie motrice assez accusée. Parésie du facial inférieur gauche. Réflexe cutané abdominal plus fort à droite qu'à gauche. Atrophie musculaire en masse de tout le côté gauche sans troubles des réactions électriques. La jambe droite mesure 38 centimètres, la gauche 34, la cuisse droite 48, la gauche 43. Le bras gauche est contracturé en flexion avec exagération des réflexes tendineux; pas d'hypotonicité. Le membre inférieur gauche est flasque, sans réflexe tendineux, sans pseudo-contractures. Le malade présente une démarche semblable à celle de la malade de l'observation I; la démarche est ainsi tout à fait différente de la démarche de l'hémiplégie organique ou hystérique. Réflexe cutané plantaire en extension à gauche, en flexion à droite. Mouvement associé de la flexion de la cuisse gauche. Pas de troubles de la sensibilité.

En résumé, Bourg... est atteint de tabes lombaire avec hémiplégie cérébrale organique gauche, hémiplégie qui reste flasque sans réflexe tendineux au membre inférieur, qui s'accompagne de contracture avec exagération des réflexes tendineux au membre supérieur.

Obs. III. (personnelle). — Delap... 56 ans, service de M. Babinski. Pas d'antécédents héréditaires. Impossibilité de retrouver chez la malade et chez le mari des antécédents syphilitiques, cependant une fausse couche. Depuis trois ans, douleurs fulgurantes dans les jambes et crises gastriques. Depuis deux ans parésie gauche avec affaiblissement marqué de l'intelligence.

Etat actuel en mars 1899. — Le tabes se caractérise par du myosis, le signe d'Argyll, l'abolition des réflexes tendineux et osseux des membres inférieurs, des douleurs fulgurantes et des crises gastriques caractéristiques. L'hémiplégie gauche se caractérise par une parésie motrice avec participation du facial inférieur, le signe de Babinski (du côté droit le réflexe plantaire se fait en flexion); mais les réflexes tendineux des membres inférieurs n'ont pas reparu et la paralysie reste flaccide depuis deux ans.

A ces trois observations personnelles, nous ne voulons ajouter que sept observations semblables publiées dans différents travaux, et que nous résumerons très brièvement :

Obs. Debove (*Progrès médical*, 1881). — Homme de 48 ans. Tabes caractérisé par des douleurs fulgurantes, de la diplopie, le signe de Romberg, l'impuissance génitale. Le 13 mai 1880, hémiplégie droite sans retour du réflexe rotulien qui reste flaccide jusqu'à la mort survenue trois mois après. A l'autopsie, sclérose des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux.

Obs. Eichhorst (*Wien. med. Press*, juin 1891). — Femme de 51 ans. Hémiplégie; les réflexes restent abolis; on pose dès lors le diagnostic d'hémiplégie survenue chez une tabétique. A l'autopsie, sclérose des faisceaux pyramidaux. Lésions tabétiques dans la région dorsale avec intégrité de la région lombaire, mais névrite parenchymateuse intense des deux nerfs cruraux.

Obs. Edwards (Thèse Paris, 1889). — Guérard... 53 ans. Tabes avec signe de Romberg, diplopie, douleurs fulgurantes, etc. Hémiplégie gauche avec aphasie en 1886. Flaccidité jusqu'au moment de la mort survenue en 1887. A l'autopsie, lésions tabétiques, sclérose pyramidale et atrophie des cellules motrices de la région lombaire.

Obs. Edwards (*loc. cit.*). — Vicq... 56 ans. Tabes avec signe d'Argyll, signe de Romberg, etc. Hémiplégie droite avec participation de la face qui reste flaccide depuis 20 ans.

Obs. Edwards (*loc. cit*). — Bour... 51 ans. Syphilis. Tabes oculaire avec suppression des réflexes tendineux. Hémiplégie gauche qui reste flaccide.

Obs. Cabrol (Thèse Paris, 1897). — Vosg... 56 ans. Tabes avec diplopie, crises gastriques, signe de Westphal. Hémiplégie gauche en janvier 1897, les réflexes restent supprimés et l'hémiplégie reste flaccide jusqu'à la mort survenue en mai 1897. A l'autopsie lésions tabétiques et sclérose du faisceau pyramidal gauche; ancien foyer hémorragique dans le noyau lenticulaire droit.

Obs. Lopés (Thèse Paris, 1899). — Léon O..., 48 ans. Tabes ancien avec myosis, douleurs fulgurantes, signe de Westphal. En décembre 1897, hémiplégie droite, sans aphasie, mais participation du facial inférieur droit. Les réflexes rotuliens restent abolis, l'hémiplégie reste flaccide jusqu'en décembre 1898, époque à laquelle a été pratique le dernier examen. L'auteur signale, en outre, l'extension du gros orteil à droite (côté hémiplégié), la flexion à gauche dans le chatouillement de la plante du pied (signe de Babinski).

Ces neuf malades étaient donc des tabétiques sans réflexes tendineux des membres inférieurs et leur hémiplégie est restée flaccide au membre inférieur. Il est à remarquer que chez la malade d'Eichhorst la perte des réflexes tendineux était due non à une sclérose des cordons postérieurs qui avait épargné la région lombaire mais à une névrite parenchymateuse des deux nerfs cruraux. Mais la littérature médicale renferme quelques observations qui paraissent venir à l'encontre de cette loi qui se dégage des faits précédents, à savoir que si les réflexes tendineux sont supprimés par la lésion tabétique l'hémiplégie reste à la période de flaccidité; ils paraissent au contraire démontrer que malgré l'absence de réflexes tendineux, l'hémiplégie peut se compliquer de contracture spasmodique. Que faut-il donc en penser?

Dès l'abord nous devons éliminer le cas de Topinard : tabes, ictus apoplectiforme à midi, hémiplégie gauche avec contracture précoce, mort le soir même; à l'autopsie foyer d'hémorragie récent dans la couche optique droite. Ce malade a donc été atteint d'une contracture

précoce, contracture dont l'apparition ne nécessite peut-être pas l'intégrité de la partie sensitive de l'arc réflexe médullaire, étant le résultat de l'irritation de la voie motrice (Topinard, *Mémoires de l'Académie de Médecine*). L'observation de Buzzard citée dans le travail de Debove est véritablement trop pauvre de détails pour être prise en considération. Mais nous trouvons dans ce même travail une observation communiquée par M. Ballet et dans la thèse de Mlle Edwards l'observation II, où est signalée la présence de contracture post-hémiplégique malgré l'absence des réflexes tendineux.

Obs. Ballet (*Progrès médical*, 1881). — D..., 53 ans. Hémiplégie droite. Pas de raideur au niveau des articulations de l'épaule et du coude, mais la main est fortement fléchie sur l'avant-bras et les doigts très contracturés sont fléchis dans la paume de la main. Paralysie presque complète du membre inférieur. L'articulation du genou est raide. Flexion des orteils sous la plante des pieds. Abolition des réflexes tendineux et des réflexes cutanés. Sclérose des cordons postérieurs et du faisceau pyramidal.

Obs. Edwards. — Delacr..., 40 ans. Tabes avec douleurs fulgurantes, crises gastriques, névrite gastrique. Hémiplégie droite avec aphasie. Contracture très prononcée, mais l'extension passive des membres s'accompagne de craquements très nets dans les articulations et de douleurs très vives qui empêchent une extension complète. Réflexes tendineux supprimés. Malade gâteuse, confinée au lit, présentant avant son ictus des pieds bots « dus au repos au lit longtemps prolongé ».

Ces deux observations ne modifient pas notre opinion. « On s'étonnera peut-être, ajoute M. Debove en rapportant l'observation de M. Ballet, que le diagnostic de tabes dorsal n'ait pas été posé pendant la vie ; mais il faut remarquer qu'il s'agissait d'une vieille femme paralysée, immobile dans son lit et dans un état intellectuel tel qu'il était impossible d'obtenir aucun renseignement. »

Ces deux malades sont donc des vieillards gâteux, confinés au lit, présentant des raideurs et des craquements articulaires, dont la maladie, tabes ou hémiplégie, n'a pas été suivie avec soin. Ont-ils eu des contractures spastiques ou des pseudo-contractures dues à des arthrites, les auteurs ne nous donnent pas des détails suffisants pour éclaircir ce problème, et nous savons d'ailleurs que Blocq n'avait pas encore différencié la contracture spastique des pseudo-contractures (thèse Paris 1888). Ces déformations fixées à jamais par des arthrites si fréquentes chez les gâteux n'empêchaient-elles pas la manifestation des réflexes, remarque facile à vérifier dans les rigidités spastiques de l'enfance ? Enfin les auteurs sont muets sur l'état des réflexes osseux qui, dans ces déformations, sont souvent d'une utilité plus grande que les réflexes tendineux, ainsi que nous l'a montré l'étude des diplégies cérébrales infantiles.

En résumé, insuffisance des renseignements cliniques nous empêchant d'apprécier justement ces deux observations, telle est la critique que nous formulons et qui nous empêche de les accepter pour les opposer aux dix faits que nous avons rapportés plus haut.

Nous insistons sur nos malades que nous avons pu soumettre à des examens fréquents que notre maître M. Babinski a bien voulu contrôler.

La démarche de ces tabétiques atteints d'hémiplégie est très particulière, bien différente de celle de l'hémiplégie hystérique ou de l'hémiplégie organique avec exagération des réflexes. Pour avancer leur jambe malade, ils fléchissent fortement leur cuisse sur le bassin (ébauche de steppage) et lancent alors le pied qui reste flasque, ballant, bien que l'examen électrique des muscles du membre inférieur reste parfaitement négatif. Chez nos trois malades la lésion du faisceau pyramidal a été mise en évidence par le signe de Babinski, c'est-à-dire l'extension du gros orteil par le chatouillement de la plante du pied. Nous avions déjà constaté l'existence de ce signe dans cinq cas de maladie de Friedreich, maladie où la sclérose de la voie pyramidale ne peut se manifester par l'exagération des réflexes tendineux qui sont supprimés par le fait de la sclérose des cordons postérieurs. Or l'hémiplégie permanente du tabes due à une lésion cérébrale réalise en quelque sorte une sclérose combinée, puisque à la sclérose tabétique des cordons postérieurs elle ajoute une sclérose secondaire d'un faisceau pyramidal. Ainsi apparaît l'importance du signe de notre maître pour déceler une lésion de la voie pyramidale lorsque cette lésion, par l'altération de la voie réflexe sensitive, ne peut se manifester par l'exagération des réflexes tendineux.

Nos malades ont présenté du côté hémiplégié une atrophie musculaire en masse. Cette atrophie musculaire n'offre pas les caractères de l'atrophie musculaire tabétique. Elle n'a jamais présenté les modifications électriques qui caractérisent la réaction de dégénérescence, complète ou partielle. Elle n'a été consécutive ni à des arthrites, ni à l'immobilité, puisque le côté hémiplégié a tous ses mouvements passifs parfaitement libres et a conservé une certaine force musculaire qui permet la marche sans appui. Nous ne voulons pas exposer ici les différentes théories qui essayent d'expliquer la pathogénie des atrophies musculaires des hémiplégiques. Dans nos deux cas, l'atrophie musculaire n'est pas une atrophie réflexe d'origine articulaire puisque l'arthrite et l'immobilité font défaut, elle ne doit pas très vraisemblablement résulter d'une lésion des cellules des cornes antérieures de la moelle ou des nerfs périphériques, puisqu'elle ne présente pas le moindre signe de la réaction de dégénérescence ; au contraire, la théorie que M. Babinski a le premier exposée, la théorie de l'insuffisance fonctionnelle des cellules motrices médullaires sans lésion appréciable du neurone moteur médullaire (cellule ou nerf périphérique) nous paraît s'appliquer parfaitement à nos deux malades.

Nos trois malades sont atteintes de tabes comme le prouvent le signe d'Argyll, la perte des réflexes tendineux et osseux, les douleurs fulgurantes, etc. ; ils ont été frappés d'hémiplégie cérébrale organique comme le prouvent l'ictus, la paralysie du facial inférieur, la parésie motrice, le signe de Babinski, le mouvement associé de flexion de la cuisse sur le bassin. Mais chez eux l'hémiplégie a eu une évolution caractéristique. Chez notre première malade tous les réflexes tendineux et osseux aux membres supérieurs et inférieurs sont supprimés, l'hémiplégie reste donc flaccide au bras et à la jambe. Cependant nous trouvons exagéré chez elle le réflexe de la tête humérale du côté hémiplégié, et, superposée à cette exagération du réflexe huméral, nous constatons une spasticité légère des muscles périscapulaires, surtout du deltoïde. Chez notre deuxième malade, sont seuls supprimés les réflexes tendineux des membres inférieurs ; son hémiplégie reste flaccide au membre inférieur ; au contraire, les réflexes tendineux et osseux du bras hémiplégié s'exagèrent et ce bras se contracture en flexion : ce malade est un magnifique exemple qui nous démontre la coïncidence de

*

l'exagération des réflexes et de la contracture dans l'hémiplégie cérébrale organique.

Le siège de la lésion de la portion sensitive de l'arc réflexe médullaire peut varier. Le plus souvent cette lésion atteint les cordons postérieurs (cas de Cabrol, d'Edwards), mais elle peut siéger aussi sur les nerfs périphériques (cas d'Eichhorst). Cette variété de siège n'a pas d'importance, le résultat physiologique n'est pas modifié, les réflexes sont supprimés et l'hémiplégie reste flaccide. *A fortiori* cette flaccidité persistera-t-elle si à la lésion du neurone sensitif médullaire s'adjoint une lésion du neurone moteur médullaire (cas d'Edwards). Se trouvent ainsi, en effet, réunies deux conditions qui, prises isolément, peuvent soit maintenir (lésion du neurone sensitif préexistante), soit ramener (lésion du neurone moteur consécutive) la flaccidité de l'hémiplégie. Nos deux malades présentent bien une atrophie musculaire, mais nous nous sommes déjà expliqués sur sa pathogénie et chez eux la flaccidité qui ex ste depuis le début de l'hémiplégie et non depuis l'apparition de l'atrophie musculaire, relève dans sa plus grosse part de la lésion de la partie sensitive de l'arc réflexe médullaire.

Tout autre sera le résultat si les réflexes tendineux persistent, soit que le tabes ait épargné la région des centres réflexes, soit que supprimés par la lésion tabétique les réflexes apparaissent à nouveau à l'occasion de l'hémiplégie cérébrale. Mais avant d'affirmer un retour des réflexes dans de semblables conditions, le clinicien ne saurait s'entourer de précautions trop minutieuses dans l'examen du malade; il doit rechercher rigoureusement, souvent et à plusieurs jours d'intervalle, tous les réflexes tendineux et osseux, depuis le réflexe du tendon d'Achille, dont l'importance dans la symptomatologie du tabes a été mise en évidence par M. Babinski, jusqu'aux réflexes osseux du bras. C'est ainsi qu'il nous est arrivé, après avoir constaté chez des tabétiques, dans un premier examen, la disparition de tel ou tel réflexe tendineux, de le mettre plus tard en évidence en plaçant les segments du membre dans un relâchement plus complet, d'autant plus que l'intensité des réflexes est variable d'un jour à l'autre. Certains auteurs ont néanmoins signalé chez des tabétiques le retour des réflexes tendineux à l'occasion d'une hémiplégie cérébrale Goldflam, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1891; Jackson, *Brit. med. J.*, 1892; Raichline, Soc. de Biol., 1893 ; ces faits sont à rapprocher du retour des réflexes tendineux chez un diabétique à l'occasion d'une hémiplégie cérébrale (Marinesco, Soc. de Biol., 1893). Faut-il croire qu'en réalité les réflexes tendineux n'avaient jamais été abolis, mais plutôt très diminués? Faut-il supposer que, dans le tabes comme dans le diabète, suivant l'hypothèse de MM. Marinesco et Raichline, le faisceau pyramidal détruit ne pouvant exercer son action inhibitrice sur les cellules motrices de la moelle, ces cellules réagissent par cela même à des excitations qui, dans l'état ordinaire des lésions radiculaires du tabes, sont sans action sur elle? Nous ne voulons pas entrer ici dans la discussion du role du faisceau pyramidal, examiner si sa fonction est une fonction d'excitation ou une fonction d'inhibition, étude que nous avons abordée dans notre thèse inaugurale. D'ailleurs, dans le cas présent, la théorie importe peu, nous pourrons constater, ainsi que le prouve notre deuxième malade, soit avec la persistance, soit avec le retour des réflexes tendineux, l'apparition de la contracture secondaire post-hémiplégique avec tous ses degrés d'intensité si bien analysés dans la thèse de Brissaud.

Une conclusion semblable a été dégagée depuis longtemps par Westphal, de l'étude des scléroses combinées de la moelle. Dans la suite, d'une part les observations de sclérose combinée, publiées par Ballet, Raymond, Babesiu, avec contracture des membres inférieurs grâce à l'intégrité de la région lombaire, d'autre part les observations de Zacker, Strumpell, Déjerine, avec absence de réflexes et flaccidité des membres inférieurs, sont venues démontrer le bien fondé de cette loi de Westphal : dans une sclérose combinée des cordons postérieurs et du faisceau pyramidal, les phénomènes spastiques ne se développent pas dans les membres supérieurs ou inférieurs, quand la lésion des cordons postérieurs a atteint la zone radiculaire postérieure dans les sections correspondantes de la moelle. Or, un tabes qui se complique d'une sclérose du faisceau pyramidal secondaire à une lésion cérébrale devient en quelque sorte une sclérose combinée et doit obéir à cette règle. Nous avons rapporté dix observations qui nous permettent d'écrire que si l'arc réflexe sensitif médullaire est lésé au point d'amener une disparition complète et définitive des réflexes tendineux d'un ou plusieurs membres, une hémiplégie cérébrale restera flaccide, *sans réflexe et sans contracture spastique*, dans le membre dont les réflexes tendineux et osseux sont à jamais supprimés.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite*) (1).

Par le Dr L. FIAUX.

V

Conclusion. — Causes de l'échec électoral. — Aspect de Genève depuis 1875 et la suppression des isolées autorisées. — Difficultés en général inhérentes à un débat public sur la question de la prostitution. — Complexité de la question étudiée dans le prolétariat féminin. — Attitude des partis en Europe. — Coup d'œil sur les critiques adressées à la police des mœurs en France avant 1870. — Les maisons sont le dernier mot de la police des mœurs. — Un exemple francais des abus de cette police dans les maisons. — Révocation d'agents des mœurs à Toulon en 1896. — Tentative d'assassinat sur le maire de Toulon en 1897. — Une lettre inédite du maire sur les vraies causes de ce crime. — Conséquences intérieures et extérieures du plébiscite du 22 mars. — Coup d'œil sur la situation en Alsace-Lorraine. — Le gouvernement direct et les questions techniques. — La liberté individuelle et les Etatistes en Suisse. — Abrogation des législations cantonales. — L'avant-projet du Code pénal national supprime en Suisse toutes les formes officielles du proxénétisme. — Inutilité du plébiscite genevois.

Le peuple de Genève, il nous en coute de le dire, a commis (une fois n'est pas coutume) une erreur regrettable en confirmant par un vote public une des formes administratives les plus malsaines et les plus arbitraires de la police des mœurs. Sans grossir les mots ni parler comme tels l'ont fait, au soir de la défaite, de civilisation méconnue, il y a eu là un évènement très complè-

(1) Voir *Progrès medical*, nos 5, 9, 12, 14 et 21.

tement fâcheux eu égard aux acteurs, aux circonstances et au lieu. Cette erreur est directement imputable au parti radical genevois, nous regrettons également d'y revenir : inspirateurs et conducteurs de ce parti, instruits cependant par le spectacle des manifestations multiples produites dans l'Europe continentale et à Genève depuis 1875, n'ont vu dans le débat qu'une occasion d'attaquer des adversaires politiques et de les mettre à mal en faisant appel à toutes les suppositions, allégations et passions susceptibles de trouver créance et donner la victoire. La manœuvre en principe est banale et n'a rien qui étonne à Genève plus qu'ailleurs, mais il faudrait faire abstraction des idées mêmes en jeu pour ne rien dire de plus. Le parti démocratique au sein duquel était née la réforme n'est peut-être pas lui-même exempt de toute responsabilité : il ne paraît pas dans sa totalité avoir compris l'importance de la question pour l'affirmation de sa propre doctrine politique, le respect de l'individu : il s'est scindé quand il lui eût fallu rester uni. Son abstention, son effacement, son silence du début, l'hostilité déclarée d'une fraction importante de ses membres fournissaient évidemment à ses rivaux, des arguments et des alliés inespérés.

Sans doute, il y a eu de la part des hommes publics mêmes qui ont pris l'initiative de la réforme des erreurs diverses : ils avaient trop compté sur la compréhension populaire d'une matière en soi fort simple, mais que les préjugés séculaires obscurcissent. En dehors de M. Louis Bridel qui a judicieusement rattaché la réforme à un dessein suivi d'améliorations générales dans la condition des femmes, ces hommes publics n'avaient en général point suffisamment arrêté de plan d'ensemble. Sans doute aussi il y a eu des erreurs de tactique : des orateurs non suisses ont un peu trop paru dans les réunions ; les réunions mixtes ont déplu, et la chose est singulière dans un pays où les femmes, si réputées qu'elles soient comme épouses d'intérieur, ne le sont pas moins comme esprit éclairés et instruits ; un certain nombre d'abolitionnistes ont également, avec un peu moins du tact toujours nécessaire, mis en avant et comme l'*ultima ratio* l'argument religieux, etc. Les initiants se sont depuis rendu compte de ces quelques faux pas, et M. le Pr L. Wuarin, dans un rapport remarquable n'a pas hésité à en faire mention (1).

Sans doute encore, il y a eu dans l'échec de la réforme une cause sur laquelle on n'a pas suffisamment ouvert les yeux. Cette cause est originale : elle tient précisément à l'action puissante de la *Fédération abolitionniste* dans Genève avant le plébiscite de 1896. Dès 1875, date de son installation au cœur de la ville, la Fédération continentale avait créé dans Genève un foyer européen de surveillance et d'informations qui commençait naturellement ses opérations par Genève même. Sous l'œil du Bureau central, sous la plume courageuse des publicistes Henri Monod et Charles Oehsenbein, par des procès utilement imposés contre d'abominables délits de tenanciers, par des prises à partie répétées avec le département cantonal de Justice et Police, Genève se sentait épié de près dans sa police des mœurs, et toute sa tenue extérieure en avait été heureusement modifiée. Un des premiers résultats de cette sorte d'administration officieuse avait été une véritable réforme : la carte policière qui autorise le racolage patenté en pleins carrefours, presque *more canum*, avait été abolie, et du coup la suppression de cette catégorie de filles de police avait créé l'ordre de rues, ordre extérieur, il est vrai. Tous les Genevois qui évoquaient devant nous le Genève d'il y a vingt-cinq ans, n'hésitaient pas à confesser que le Genève d'aujourd'hui ne lui ressemblait guère ; et de fait, quand on parcourt, à quelque heure si avancée que ce soit de la soirée, les promenades de Plain-Palais ou les rues du Marché et de la Croix-d'Or, quelque exercé que soit l'œil de l'observateur, fût-ce celui d'un vieux conseiller municipal parisien, on ne distingue pas facilement la personnalité ou l'arrière-pensée des passantes isolées et attardées qui déambulent, silencieuses et pressées, sans coup d'œil ni sourire, et l'on comprend bien, avec ces allures, que telle législation pénale cantonale frappe le don Juan de rues, qui, non plus racolé mais racolant, doit faire des avances trop cavalières, et, le flair malheureux, s'est trompé. L'erreur doit être aisée tant la décence est générale, même la nuit ! Ce résultat de valeur, la Fédération l'a obtenu en forçant pour ainsi dire la police à l'ordre : ce qui prouve une fois de plus que l'ordre n'a rien à voir avec une réglementation telle que notre réglementation française ; qu'on peut, comme l'a dit avec un tour spirituel M. H. Monod, avoir beaucoup de désordre avec la réglementation et qu'on pourrait avoir beaucoup d'ordre sans réglementation. Ce résultat, intéressant dans une grande ville, à population nomade, cosmopolite, égayée de cafés, de concerts, de théâtres, la Fédération l'a obtenu sans inspecteurs occultes, avec des gardiens de la paix en uniforme, sans Saint-Lazare genevois, par la seule application des simples règlements municipaux. Mais, et c'est par là que le fait est original, plus cette situation de moralité apparente avait porté ses fruits, moins l'urgence d'une réforme complémentaire radicale s'imposait à ceux qui s'en tiennent aux apparences.

Mais toutes ces explications sont accessoires et ces motifs d'ordre secondaire. Ce sont comme toujours aux raisons de fond qu'il faut atteindre pour se rendre un compte rationnel de la défaite électorale.

Il faut bien l'avouer, cette question de la police des mœurs est une de ces matières qui ne sont pas facilement abordées publiquement comme une question courante de législation, d'économie sociale ou d'hygiène publique commune. C'est un sujet délicat sur lequel on peut déraisonner sans difficulté. Il y a quelques notions techniques préliminaires et deux ou trois idées-mères en droit et en médecine publique qui sont indispensables ; une fois qu'on est préparé ou simplement averti, la conviction se fait vite ou du moins une attention intelligente peut être prêtée : nous n'en voulons pour preuve que la conversion de ces médecins français hier encore réglementaristes presque systématiques, aujourd'hui les uns abolitionnistes convaincus, les autres réformistes décidés. Dès lors, la discussion est possible car les esprits ouverts ne s'en détournent plus avec dégout, et les esprits moins habitués au maniement des idées ne la font plus verser dans ce facile rabelaisianisme où tout se trouve, moins la philosophie de Rabelais. Tout ce qui a trait aux questions sexuelles est d'ailleurs mal connu ou ne l'est qu'à travers de nombreux préjugés : mariage, divorce, séparation, secondes noces, filles-mères, enfants naturels, enfants adultérins, sont autant de sujets sur lesquels ces préjugés se retrouvent dans les lois, les morales et les mœurs. La prostitution, la médecine administrative des maladies vénériennes ne pouvaient faire exception dans une trop

(1) V. également un excellent article d'Auguste de Morsier dans a *Revue Fém.* Année 1896, p. 689-699.

commune ignorance publique (1). Le parti radical avait donc beau jeu et aussi le champ largement libre pour exploiter un tel état d'esprit ; alors qu'il lui eût fallu repétrir sur ce point la cervelle populaire, on l'a vu risquer, au milieu des bravos de ses suivants et sans trouver parmi les siens de contradicteurs, des énormités et des banalités qui eussent provoqué la révolte ou la raillerie chez des auditeurs plus éclairés ou mieux informés. Il faut bien rappeler toutefois que, au milieu de cette tragi-comédie plébiscitaire, quelques-uns, dans le parti radical, tout en se rangeant aux exigences coutumières de la discipline et en votant selon le mot d'ordre, ont apprécié à sa juste valeur le vote de la majorité genevoise. Dans ce Genève où plus d'une fois par jour et par figure on a le sourire aussi fin qu'à Paris, tel membre notable du parti victorieux observant froidement de la fenêtre de son hôtel, de sa chaire universitaire, de son fauteuil de député, l'effervescence et l'allégresse de ses co-votants, confessait que l'on eût fort embarrassé nombre d'entre eux si l'on se fût avisé de leur demander le pourquoi de leur vote.

Le parti radical n'avait pas seulement pour devoir supérieur d'instruction et d'éducation publique d'éclairer la démocratie genevoise; nous tenons qu'il aurait pu faire sienne une question qui a été mise en avant dans tous les pays d'Europe par les représentants les plus progressistes des démocraties d'avant-garde. Ainsi en France, c'est le parti radical qui, par la voix d'Yves Guyot, a soulevé le problème. Si même, comme il est équitable de le faire, nous remontons plus loin, aux dernières années du second Empire, nous voyons que M. Ranc s'était plus d'une fois, dans le *Réveil* de Delescluze, élevé contre les illégalités de la police des mœurs. En 1870, la mairie de Jules Ferry, et en 1871, l'Assemblée du 18 mars, avaient été également d'accord pour condamner les diverses formes de la prostitution policière : 19 maisons avaient été fermées pendant le siège et la Commune; les municipalités d'arrondissement étaient maîtresses d'agir (1). Depuis, il est vrai, dans notre pays, les rangs se sont élargis, et au Conseil municipal de Paris on a vu des républicains modérés, comme M. Gaufrès, confondre leurs votes avec celui de Charles Longuet, d'Alphonse Humbert, du Dr Levraud, lesquels opinaient en cela comme avaient fait à la même assemblée leurs contemporains ou devanciers de gauche, le Dr Bourneville, Sigismond Lacroix, Henri Michelin, le très regretté Hovelacque et beaucoup d'autres, étrangers aux événements de 1871. En Angleterre, si la réforme n'est pas précisément partie d'un milieu politique, elle a été de suite appuyée par les libéraux et les radicaux : faut-il rappeler les discours parlementaires de John Bright, de Chamberlain, de Stansfield, de John Morley, de James Stuart, de Gladstone ? les livres de Stuart Mill, d'Herbert Spencer ? Faut-il enfin rappeler l'attitude des représentants parlementaires du socialisme ouvrier anglais (1) ? En Allemagne, la démocratie socialiste, Bebel en tête, n'a pas hésité un instant à prendre en main au Reichstag et au dehors la défense d'une réforme qui intéresse si visiblement la condition légale de la femme (2). En Italie, il en a été de même : ce sont les survivants des générations vigoureuses de 1849, de 1860, de 1870 qui ont accueilli le programme social de la Fédération, les Aurelio Saffi, les les Agostino Bertani, les Crispi, et autres assez connus. Bien mieux, en Belgique, ce sont les chefs mêmes du parti socialiste, les de Paepe, les Jean Volders qui ont mis leur main dans la main des abolitionnistes internationaux; c'est Jean Volders qui. en 1891, au Congrès de Bruxelles, ouvrit à la Fédération en même temps qu'aux Sociétés de moralité de son pays la Maison du Peuple pour conclure contre la police des mœurs sans en excepter l'institution sauvée à Genève par les radicaux genevois.

En un mot, nulle part en Europe les partis qui prennent rang dans la terminologie et l'action politiques à côté du parti radical de Genève, n'ont adopté cette attitude hostile en face des solutions libérales du problème de la prostitution réglementée. Rarement même on les a trouvés indifférents ; rarement on leur a entendu déclarer ce que nous avons entendu à Genève non loin des bureaux du journal de l'honorable M. Favon : « Pour les réalités du progrès social même, toute cette agitation est inutile. La prostitution ne peut être supprimée que de deux manières : 1° Ou les pauvres suivront le système de Malthus et ne procréeront pas d'enfants, et le recrutement des filles prostituées sera tari dans sa source même ; or les faits montrent que l'application de la doctrine malthusienne est pour le prolétariat une utopie : prolétariat ne vient pas impunément au point de vue étymologique de *prolem agere !* Ce sont les classes populaires qui se reproduisent le plus ; 2° ou l'organisation de l'Etat sera révolutionnée de fond en comble par la communité des biens et l'impossibilité de la misère, seule cause, comme les abolitionnistes le soutiennent en majorité eux-mêmes, de la prostitution. » (*A suivre.*)

(1) Des publications remarquables, en dehors de celles de H. Monod et de Charles Ochsenbein, avaient cependant paru à Genève de 1875 à 1896 : presque toutes émanaient de professeurs de philosophie et de droit des Universités de Genève et de Lausanne. A côté des livres du regretté Charles Secrétan de Lausanne, correspondant de l'Institut, on avait pu lire notamment *La police des mœurs et le droit commun*, de Joseph Hornung, de Genève (Neufchatel, 1877), les *Limites de l'intervention de l'Etat en matière de prostitution*, par Félix Bovet, de Genève (Genève, 1889), enfin la série des livres du Pr Louis Bridel, sans omettre les mémoires du Pr Louis Wuarin. M. L. Bridel, notamment depuis 1884, n'avait pas cessé de s'appliquer à l'amélioration de la condition des femmes dans ses ouvrages : *La femme et le droit* (Paris, Pichon, 1884), *Le droit des femmes et le mariage* (Paris, Alcan, 1893), *Mesures légales propres à restreindre la prostitution* (Genève, 1896), *La question des mœurs et l'Etat* (Genève, 1896), *Mélanges féministes*, questions de droit et de sociologie (Paris, Giard, 1897). De son coté, le Dr P. Ladame faisait ressortir au point de vue de l'hygiène publique les fausses sécurités de la prostitution patentée, l'incurie administrative du traitement, dans une série de publications très remarquées, parues de 1882 à 1895 à Genève, à Neufchatel et à Lyon : *L'institution de la police des mœurs au point de vue médical, Les maisons de tolérance au point de vue de l'hygiène; La prostitution dans ses rapports avec le crime, l'alcoolisme et la folie.*

(2) V. *La prostitution à Paris et à Londres*, par Lecour, *op. cit.*, p. 305. — V. notamment les considérants de l'arrêté de la municipalité du XIe arrondissement, fermant toutes les maisons sises dans sa circonscription, en date du 17 mai 1871.

(1) Nous prenons au hasard parmi les manifestations de ces derniers. Recemment, en juillet 1898, au dernier Congrès de la Fédération à Londres, voici le langage que tenait publiquement M. Maddison, membre du Parlement et du parti socialiste ouvrier : « A mon point de vue (qui est aussi celui d'une grande partie de la classe ouvrière), je considère que cette réglementation est un acte blamable de législation de classe. Comme homme politique, je me suis fait une loi de me préserver de l'esprit de parti, mais si l'on veut rester dans la vérité, il faut convenir que lorsque la réglementation atteint une femme des classes moyennes, elle en atteint des centaines et des milliers de la classe ouvrière. C'est une mesure que nous travailleurs, avons le droit de dénoncer hautement comme un acte blamable de législation de caste. Je suis persuadé qu'il n'y a pas un groupe d'ouvriers intelligents qui ne blameront avec nous ce système de répression, et quant à moi, je serai toujours à côte des leaders parlementaires pour appuyer leurs efforts abolitionnistes. »

(2) Outre la lettre de Bebel, citée plus haut, v. son livre : *La Femme* (Traduct. d'Henri Ravé. Paris, Carré, 1891).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hygiène publique et les Congrès internationaux.

Les conférences internationales réunies dans un but d'hygiène publique, n'avaient autrefois trait qu'à la préservation de l'Europe dans certaines grandes épidémies : peste, choléra, fièvre jaune, etc. Chaque nation s'y engageait à prendre des mesures de quarantaine et de désinfection énergiques pour éviter l'introduction en Europe de ces terribles fléaux. Le fait de l'empereur d'Allemagne, réunissant un Congrès officiel pour lutter contre la tuberculose en tant que maladie endémique, indique un grand progrès ; c'est le souci nouveau des gouvernements de s'attaquer aux ennemis de l'intérieur tout aussi dangereux que les extérieurs. A ce Congrès de Berlin, rien de bien nouveau n'a été dit, chacun savait les modes de contagion de la tuberculose, l'inanité de la thérapeutique médicamenteuse, la valeur pratique des sanatoria ; mais le grand intérêt des Congrès de ce genre, c'est de mettre des savants de diverses nations en relation, de faire connaître les progrès survenus dans divers pays, de créer ainsi une émulation, un point d'honneur vraiment patriotique et d'amener une lutte pacifique où chacun cherche à dépasser son voisin pour le bien de l'humanité tout entière. Le Congrès de Berlin a eu un avantage, celui de démontrer avec encore plus d'évidence notre grande infériorité au point de vue de la cure hygiénique de la tuberculose et surtout de l'assistance des tuberculeux. Espérons que cette constatation fera sortir de terre les sanatoria que les riches comme les pauvres cherchent en vain dans notre pays qui, par la variété de ses climats et leur douceur, se prête tout particulièrement au succès thérapeutique de ces établissements.

A peine le Congrès de Berlin terminé, on nous annonce la conférence de Bruxelles pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Dans cette conférence, qui s'ouvrira le 4 septembre 1899, la question de la réglementation de la prostitution tiendra la plus grande partie du programme. Le procès des maisons de tolérance sera de nouveau instruit. On y cherchera quelles améliorations l'on doit porter à la surveillance médicale et policière de la prostitution ; peut-être proposera-t-on quelques mesures nouvelles. Espérons que les représentants officiels de tous les pays finiront par comprendre que le fait d'être malade n'est ni un délit, ni un crime demandant une répression ; que l'organisation actuelle avec ses mesures arbitraires est un reste de la barbarie d'un autre âge et qu'il n'y a qu'un moyen d'enrayer les progrès d'une maladie, c'est de faciliter à ceux qui en sont atteints, les moyens de se soigner et de se guérir. J. NOIR.

HYGIÈNE MILITAIRE. — M. Ermant, député de l'Aisne, vient de prévenir le ministre de la guerre qu'il lui adressera une question sur l'alimentation en eau potable du camp de Sissone et sur l'évacuation des eaux vannes. La question est très importante, car plusieurs régiments occupent déjà le camp, et le nombre des troupes qui doivent y être rassemblées prochainement sera considérable. Déjà, l'année dernière, l'insuffisance de la quantité d'eau avait été constatée. (*Journal*, 30 mai.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 mai 1899. — PRÉSIDENCE DE M. le Pr BOUCHARD.

MM. ROGER et JOSUÉ. — L'intoxication phosphorée détermine, dans la moelle osseuse du lapin, deux ordres de modifications : les unes analogues à celles que nous avons décrites dans d'autres circonstances, notamment dans les infections, sont essentiellement caractérisées par les proliférations cellulaires, les autres sont de véritables lésions. Ces lésions sont assez caractérisques.

Des lapins adultes ont reçu sous la peau de l'huile phosphorée à 1 0/0, tantôt à des doses massives, de façon à entraîner la mort rapidement en un ou deux jours, tantôt à des doses fractionnées, de façon à permettre une survie de 3 à 7 jours.

A l'examen histologique de la moelle, congestion intense, diminution plus ou moins marquée de la graisse et prolifération des cellules qui porte surtout sur les gros mononucléaires à granulations neutrophiles, moins sur les lymphocytes et les formes intermédiaires entre ces derniers et les mononucléaires ; les cellules géantes, la plupart altérées, sont assez nombreuses ; les éosinophiles sont moyennement abondants.

En étudiant les cellules médullaires on en voit qui présentent une altération spéciale s'observant parfois sur les moyens, plus souvent sur les gros mononucléaires et les cellules géantes. A un premier degré, c'est une sorte de fonte chromatique ; le noyau est coloré en masse par les réactifs, on n'y distingue plus de réseau chromatique, ni de membrane nucléaire. A un degré plus avancé, la substance chromatique qui s'était dissoute dans le noyau, diffuse dans le protoplasma, celui-ci fixe plus ou moins les substances qui ont une affinité pour la chromatine nucléaire, l'hématéine les colore en violet plus ou moins intense. Enfin dans certains éléments, la diffusion est complète, noyau et protoplasma ne forment plus qu'une masse noire.

L'analyse chimique donne des résultats précis sur la réaction médullaire qui concordent avec ceux de l'examen histologique. A mesure que la prolifération devient plus intense, avec les albumines solubles, les matières insolubles augmentent, tandis que la graisse diminue. Cette méthode porte sur la moelle entière et complète l'étude histologique qui n'est que partielle.

MM. CLAUDE et BALTHAZARD. — La *toxicité vraie* d'une solution signifie sa toxicité chimique par opposition à l'osmotoxicité, ou toxicité physique. Des expériences faites sur le lapin, en faisant varier la dilution d'une solution, et sa tension osmotique, les auteurs concluent :

1° En solution isotonique, la toxicité vraie est inversement proportionnelle au volume de la dilution ;

2° En solution non isotonique, la même relation subsiste, à condition que l'on opère sur des solutions ayant le même défaut d'isotonie par rapport à l'organisme du lapin ;

3° En solution non isotonique, la toxicité vraie croit avec le défaut d'isotonie.

Ces faits expliquent les résultats contradictoires obtenus par des expérimentateurs dans la recherche des toxicités, et montrent qu'il faut indiquer l'isotonie et la dilution des solutions employées.

M. MICHEL expose ses résultats sur la composition chimique des corps de l'embryon humain aux diverses périodes de la grossesse. La quantité d'eau diminue progressivement du commencement à la fin de la vie intra-utérine, 94 0/0 à 3 mois, 69 0/0 chez le nouveau-né. La proportion des sels solubles par rapport aux sels insolubles diminue parallèlement. La fixation de l'azote, la chaux, l'acide phosphorique, est surtout très active pendant les deux derniers mois.

M. GILBERT établit un parallèle entre la cirrhose alcoolique hypertrophique et la cirrhose d'Hanot sans ascite. Dans cette dernière forme tout l'organisme réagit, le foie

et la rate qui augmentent de volume, les veines collatérales qui se multiplient et se dilatent. D'où la longue survie dans cette entité morbide.

M. Hayem au cours d'anémies intenses a remarqué que certains leucocytes ne peuvent être étalés sur la lame ; ce sont des *leucocytes à infiltration granuleuse*.

M. Bosc a vu au microscope, dans des coupes de cancer du sein, différents stades d'évolution parasitaire. Il a retrouvé des granulations constituées par une petite masse homogène à centre opaque et plus coloré, dont les bords, parfaitement ronds ou irréguliers, sont entourés par une zône mycohyaline qui reproduit leur forme.

M. Fabre-Domergue ne croit pas qu'il s'agit de formes évolutives de sporozoaires inclus dans des cellules errantes, mais de simples produits de dégénérescence de la cellule cancéreuse.

M. Egger a constaté que c'est par le périoste que les oscillations du diapason sont transmises. Cette sensibilité osseuse, dans les maladies du système nerveux, est indépendante de la sensibilité cutanée ou articulaire.

M. Lépinois donne une note sur l'action de l'eau oxygénée sur certaines substances albuminoïdes des tissus vivants.

M. Goduchau expose ses recherches sur l'opothérapie de la rate.

M. Garnier (de Nancy), étudie la transformation du glycogène en glycose après la mort.

M. Vallée étudie l'action d'exaltation de la virulence chez les animaux hypérimmunisés.

M. Branier a recherché les filaments d'union dans la cicatrisation de l'épiderme et leur persistance dans la mitose.

MM. Marie et Cluzet étudient la contractilité des muscles après la mort. E. P.

Séance du 3 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

MM. Charrin et Levaditi — Après les études faites avec M. Guillemonat, au cours de la grossesse, indiquant diminution du fer de la rate. les auteurs en ont fait la preuve chimique. Chez les cobayes en gestation, la pauvreté minérale des coupes de rate est extrême ; la phosphaturie est aussi réduite ; néanmoins ces résultats sont inconstants ; on constate parfois l'amaigrissement, la polyurie, l'azoturie, l'hyperthermie : il faut compter avec l'espèce, le régime, la santé, les avortements. En somme, la grossesse exerce des modifications indéniables dans l'économie.

MM. Gilbert et Castaigne rapportent trois observations de *goitre exophtalmique* survenu à la suite de lésions toxi-infectieuses probables du corps thyroïde. Chez une des malades, c'est au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde ; chez une seconde, réaction infectieuse ganglionnaire qui précède l'éclosion de la maladie de Basedow. Chez une troisième, qui avait présenté les symptômes classiques du goitre exophtalmique, à l'autopsie il y avait des lésions tuberculeuses très nettes du corps thyroïde. Les auteurs pensent que dans certains cas de lésions infectieuses du corps thyroïde, il peut ultérieurement survenir des troubles qui entraînent la production du syndrome.

MM. Gilbert et Castaigne. — Chez une malade morte avec les signes d'une cirrhose veineuse avec ascite, à l'autopsie, on constata une cirrhose tuberculeuse partielle du lobe gauche ; follicules tuberculeux discrets du lobe droit sans sclérose, mais avec altérations cellulaires. Il y avait de la tuberculose discrète de la rate, des poumons, du corps thyroïde, sans lésions du poumon ou de l'intestin.

M. Touche présente l'observation d'un malade atteint de *ramollissement limité du pli courbe droit* ; ce malade, gaucher, avait après l'attaque une surdité verbale insignifiante, avec paraphasie pure ; les mots étaient tous corrects, mais la phrase était incohérente ; le chant intact, la lecture assez courante avec quelques omissions de mots ; l'écriture altérée dans tous ses modes, aussi bien dans les formes des caractères que dans l'écriture dictée ou copiée.

M. Féré a fait des recherches sur le rôle de l'*iodure comme producteur de la stérilité*. Les injections d'iodure de potassium dans l'albumine d'œufs n'a pas entraîné de variations dans le développement de ces œufs.

M. Richet, sur une chienne recevant de fortes doses de bromure de potassium, a observé, après fécondation, l'expulsion de *masses placentaires sans embryons*.

M. Laborde rappelle que beaucoup de femmes soumises à la médication bromurée deviennent enceintes ; que même ce traitement est efficace sur le produit de la conception chez les épileptiques.

MM. Gley et Camus ont observé dans une glande périrectale du hérisson un ferment spécial, qui coagule immédiatement le liquide des vésicules sexuelles de cet animal, et n'agit pas sur le liquide des vésicules d'autres animaux.

M. Carrière (de Lille) étudie microscopiquement les *exsudats pleuraux au cours de divers états pathologiques*.

M. Retterer donne son opinion sur l'*histologie du cartilage dans la série*.

M. Mauduit étudie le *suc pylorique de la truite*.

M. Maurice Faure a trouvé, au cours de troubles mentaux d'origine infectieuse et rappelant la confusion mentale, des *altérations des cellules cérébrales*.

M. Léger étudie les *tubes de Malpighi des insectes*.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

L'acide cacodylique.

M. A. Gautier montre les avantages de ce composé arsenical organique. Ce corps renferme 53 0/0 d'arsenic mais en quelque sorte à l'état latent. Donné par la bouche il ne provoque ni diarrhée, ni mélanodermie, ni paralysie arsenicale. L'emploi a été également fait en injections sous-cutanées dans la tuberculose par MM. Burlureaux et Rostan, et en lavements par M. Renault. Il paraît probable que l'arsenic ainsi administré se combine avec les éléments nerveux.

M. A. Robin signale l'effet spécial du cacodylate qui, au contraire de l'arsenic, semble activer les échanges et surtout les échanges respiratoires.

M. Hayem signale la tolérance pour des doses énormes, 1 gramme, ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas d'un composé arsenical ordinaire.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Panas a pu obtenir la guérison d'un kyste hydatique contenant 9 litres de liquide par la ponction capillaire. La cause de la mort est souvent difficile à déterminer après la ponction du kyste ; dans un cas de Nélaton, la mort, survenue après ponction du kyste suivie d'injection iodée, avait été déterminée par la rupture spontanée d'un kyste voisin du premier. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Raymond.

Tabes à début et à forme gastriques prolongée. Syphilis juvénile.

M. A. De Manoussi, au nom de M. Jacquet et au sien, présente un malade atteint de tabes à début gastrique. Outre les accidents gastriques, ce malade à son entrée à l'hôpital offrait les symptômes suivants : le signe de Romberg, celui de Westphal, une plaque d'anesthésie à la jambe droite, des douleurs fulgurantes, le signe d'Argyll Robertson. La gastropathie néanmoins tenait la plus grande place dans la maladie. Le malade souffrait de l'estomac depuis un an et demi. Les douleurs gastralgiques survenaient tous les jours après les repas mais n'étaient pas suivies de vomissements. Ces dernières survenaient durant deux ou trois jours, puis disparaissaient pendant deux mois. La gastralgie augmenta un peu, les vo-

missements se répétèrent plus fréquemment, mais il n'y eut pas de véritable crise gastrique. Le traitement consista au régime lacté, belladone et cocaïne. L'amélioration des troubles gastriques ne tarda pas et les symptômes tabétiques s'amendèrent parallèlement. Le signe de Romberg, la plaque d'anesthésie disparurent, les réflexes rotuliens ont reparu. Une syphilis très bénigne, contractée à 14 ans, paraît jouer le rôle étiologique principal, le malade en outre présente une tare nerveuse : le bégaiement.

Splénomégalie tuberculeuse.

M. Widal, en son nom et en celui de M. Rendu, présente l'observation d'un cas de splénomégalie essentielle. La splénomégalie a été divisée d'abord par Gaucher qui en sépara l'épithélioma, plus tard on décrivit une splénomégalie avec cirrhose atrophique, puis la tuberculose de la rate. Le malade de M. Widal ne songea à se soigner que six ans après l'apparition de la tumeur splénique. Huit ans après il revint à l'hôpital et l'on constata le grand volume de la rate. En même temps on constatait de la cyanose aux pommettes et aux extrémités. M. Vaquez constata une hyperglobulie manifeste, cet homme devint cachectique, puis mourut avec de la fièvre et de la dyspnée. La rate énorme adhérente au voisinage, elle était scléreuse et outre les brides scléreuses, il y avait des foyers caséeux volumineux d'origine tuberculeuse. La pulpe splénique n'existait plus, il n'y avait plus de corpuscules de Malpighi, ni de cellules nobles de la rate. Le foie gros contenait des follicules tuberculeux, constatés seulement au microscope, les reins étaient encore tuberculeux et les ganglions du mésentère avoisinant la rate étaient aussi tuberculeux. Aucune lésion sur les autres organes. Cette rate s'était comportée comme un ganglion devenu tuberculeux. M. Widal insiste sur le syndrome rare de la splénomégalie avec hyperglobulie et cyanose. L'hyperglobulie et la cyanose peuvent s'expliquer par une hypothèse : c'est que chez le malade il a dû se faire un travail vicariant dans les autres organes hématopoiétiques et surtout dans la moelle des os. En effet, la moelle des os était rouge, elle contenait des cellules à noyaux et les globules rouges étaient volumineux. Au point de vue anatomo-pathologique, la sclérose liée à la tuberculose caséeuse est une rareté qui mérite d'être signalée.

M. Moutard-Martin a observé un cas absolument semblable de tuberculose primitive de la rate avec hyperglobulisation mais sans cyanose.

M. Achard a observé une tuberculose primitive de la rate constatée à l'autopsie. La rate présentait des noyaux ressemblant à l'encéphaloïde, mais ces noyaux contenaient des cellules géantes et étaient dus à des lésions nécrotiques de l'organe.

M. Variot a vu un enfant cyanotique, qui en outre présentait une splénomégalie énorme. Malheureusement cet enfant est mort chez ses parents et l'autopsie a été impossible.

Diagnostic de la pneumonie chez les enfants par la radioscopie.

MM. Variot et Chapoteau ont soigné une douzaine d'enfants atteints de pneumonie. Le diagnostic de la pneumonie chez les enfants au-dessous de 4 ans est souvent très difficile. L'inspection radioscopique permet de faire le diagnostic, parfois même quand aucun signe stéthoscopique ne permet de trouver de noyau pneumonique. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 mai 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Traitement de la tuberculose du testicule.

M. Delbet pense qu'on peut baser la nature de l'opération sur la nature et le siège des lésions existantes. Or, on sait que, dans la tuberculose testiculaire, c'est l'épididyme qui est malade, le testicule lui-même étant généralement respecté. C'est ainsi que, sur 17 cas observés, M. Delbet n'a observé que trois fois l'envahissement du testicule. La castration totale érigée en règle absolue, est donc une méthode trop absolue. Elle est loin de préserver le côté opposé, comme M. Berger a pu le croire d'après les résultats d'une série exceptionnelle. Et puis le testicule exerce un rôle trop important par ses sécrétions internes pour qu'on fasse le sacrifice de cet organe.

M. Delbet est partisan des opérations partielles. Il conseille de réséquer au bistouri les foyers ramollis. Voici comment il procède : il incise les bourses en avant, ouvre la vaginale et, par cette incision, fait sortir le testicule, qui peut ainsi être examiné. S'il est reconnu sain, on sépare l'épididyme, en ayant soin de respecter les vaisseaux sur sa face interne. Le corps d'Highmore contient souvent des foyers qu'il faut circonscrire. On résèque le canal déférent sur l'étendue voulue. M. Delbet n'opère pas les foyers froids et indolents. Mais il conseille d'intervenir dès que se produit une poussée douloureuse. Il ne reconnaît guère comme contre-indication qu'un état général mauvais.

M. Poirier conseille d'ouvrir largement le testicule, ce qui permet de trouver parfois des petits noyaux qui échappaient au simple toucher, et qui peuvent devenir le point de départ de récidives, comme le fait s'est produit dans 5 cas, où furent réséqués des foyers qui semblaient limités à la queue de l'épididyme. Au point de vue du manuel opératoire, M. Poirier recommande la voie inguinale. Une pièce enlevée par cette voie montre le testicule et le canal déférent tout entier jusqu'à sa réunion à la vesicule séminale. Dans ce procédé, on incise à la partie la plus élevée du scrotum, ce qui permet d'inspecter le canal déférent. Pour réséquer celui-ci, on incise le long du canal inguinal ; c'est l'incision de la cure radicale agrandie. Le péritoine étant soulevé, on arrive sur les côtés de la vessie, où l'on rencontre le cordon fibreux de l'artère ombilicale et le canal déférent; en suivant ce dernier, on arrive sur la vésicule, profondément couchée sur la paroi pelvienne. Comme il est difficile de porter une ligature assez serrée jusqu'à la base de la prostate, il suffit de couper le canal déférent, dont la section saigne peu.

M. Poirier a suivi, deux fois sur le cadavre, une fois sur le vivant, cette voie inguinale, qui lui paraît préférable à la voie périnéale.

Néphrotomie pour anurie.

M. Nélaton rapporte l'observation d'une femme présentant une énorme tumeur de l'abdomen qui avait les caractères d'un kyste de l'ovaire. A l'opération, on reconnut qu'il s'agissait d'une vaste hydronéphrose; le rein gauche était transformé en une coque fibreuse multilobée ; il n'y avait ni sable, ni calculs. Les suites furent simples; la malade semblait guérie, lorsque, le huitième jour, elle est prise de vives douleurs dans le rein droit et d'une anurie complète. Cet état se prolongeant, on intervient au bout de quarante-huit heures. Une large incision lombaire conduit sur le rein droit, qui est altéré et incisé; on fixe un drain dans le bassinet et l'on referme la plaie. L'urine put ainsi s'écouler par le drain. Vers le sixième jour, elle commença à reprendre son cours normal, mais avec une irrégularité désespérante, la quantité d'urines émises variant de 100 à 1.500 grammes. Ce n'est qu'à partir du quarantième jour que la guérison devint complète.

Tumeur de l'estomac guérie par la gastro-entérostomie.

M. Demoulin rapporte l'observation d'un lieutenant de vaisseau, qu'il a opéré pour une tumeur sus-ombilicale, du volume d'une grosse orange, qui causait de la sténose du pylore avec crises douloureuses. L'opération permit de voir qu'il s'agissait d'une tumeur infiltrée dans les parois de l'estomac ; celui-ci présentait une cicatrice étoilée sur sa petite courbure ; il n'y avait ni ganglions ni adhérences. On dut se borner à faire la gastro-entérostomie postérieure. Malgré une attaque de bronchite très grave, le malade allait mieux dès le dixième jour ; il mangeait bien et la tumeur commençait à diminuer pour disparaître complètement plus tard. Cette disparition rapide de la tumeur, due au repos du pylore, est absolument remarquable. P. Rellay.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

MAI 1899.

Rapport sur les épreuves de l'ouïe.

M. BONNIER. — L'auteur propose l'emploi d'un diapason de cent vibrations doubles à la seconde. Le déplacement angulaire du diapason fait apparaître dans son image une striation qui disparaît à un moment donné de son extinction, c'est ce moment que l'on prend pour 0, et à partir duquel, les capacités auditives solidiennes ou aériennes sont mesurées de valeurs positives ou négatives évaluées en secondes; ces valeurs permettent des écarts de plusieurs secondes sans inconvénient.

Deux cas de tumeurs volumineuses de l'épiglotte, lipome et fibrome.

M. GAREL. — Femme de 55 ans, porteur d'un fibrome refoulant l'épiglotte et s'avançant dans la bouche. Ablation à l'anse galvanique. Homme de 61 ans, ayant un lipome implanté sur la fossette glosso-épiglottique droite provoquant un cornage considérable. Ablation à l'anse galvanique.

Des végétations adénoïdes chez l'adulte et leur traitement.

M. SEXE. — Sur 400 hommes examinés, 43 avaient des végétations adénoïdes. Sur 25 porteurs de végétations, 10 présentaient des symptômes objectifs nécessitant l'opération. Si l'amygdale a diminué de volume, à l'âge adulte, il existe toujours des trames de tissu lymphoïde remontant le long des piliers postérieurs au voisinage des trompes. C'est de l'otorrhée, de la rhinite hypertrophique, de l'otite sèche, de la pharyngite sèche, de l'ozène que l'on rencontre le plus fréquemment avec les végétations. Il faut donner la préférence au miroir pour l'examen du cavum.

Un cas de végétations adénoïdes chez l'adulte.

M. JANKELEVITCH. — Fréquentes chez l'adulte, ces végétations produisent souvent des troubles nécessitant leur ablation. On doit employer la curette, sans anesthésie.

Contribution à l'étude des symptômes et du diagnostic des sinusites.

MM. LUBET-BARBON et FURET. — Les auteurs considèrent l'empyème fronto-maxillaire comme une seule et même maladie, dont l'origine peut être nasale ou dentaire. Ouverture provisoire de sinus par la fosse canine et par le méat inférieur, sans drain, 3 récidives dans 17 opérations de sinus maxillaire; pas de récidive dans 9 opérations sur le sinus frontal. C'est l'éclairage par transparence et surtout la ponction exploratrice du sinus maxillaire qui permettent d'établir définitivement le diagnostic. Le diagnostic d'empyème du sinus frontal, si l'éclairage ne donne pas de donnée suffisante, se fait au moyen d'une trépanation exploratrice.

Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales.

M. MOURE. — Les tumeurs opérables peuvent être enlevées complètement par les voies naturelles. En procédant par morcellement, en allant assez vite pour éviter un écoulement sanguin trop abondant, on peut enlever toutes ces tumeurs sans opération par la voie externe. Quelquefois on n'arrive au but qu'en plusieurs séances. Il faut cautériser le point d'insertion au galvano-cautère.

Sarcome de l'amygdale.

M. GAUDRÊZO. — Il s'agit d'un cas où l'ablation de la tumeur a été suivie de mort peu de temps après.

Contribution à l'histoire et à l'étude des sinusites maxillaires aiguës.

M. LUC. — Observation d'un étudiant qui, à la suite de l'autopsie d'un sujet mort de méningite cérébro-spinale à pneumocoques, fut atteint d'empyème fronto-maxillaire aigu à pneumocoques et qui guérit sans intervention, grâce à des applications chaudes au-devant des cavités malades et d'inhalations mentholées. L'auteur relate ensuite deux cas d'abcès sous-périostiques prémaxillaires d'origine dentaire, ouverts secondairement dans le sinus.

Observation de chancre syphilitique du larynx.

M. SARREMONE. — Ce chancre siégeait sur la bande ventriculaire droite. Le diagnostic se fait difficilement par lui-même et le plus souvent ce sont des manifestations consécutives qui le font connaître, telles que l'adénite et la roséole, comme dans ce cas-ci.

L'hystérie de l'oreille.

M. CASTEX. — Les principales manifestations de l'hystérie à l'oreille sont : l'hypoacousie, l'hypéracousie, l'otalgie, l'hémorragie spontanée, l'hystéro-traumatisme et la surdi-mutité. L'hystérie n'est pas moins protéiforme à l'oreille qu'ailleurs; elle s'ajoute à des otopathies qu'elle aggrave et sous lesquelles il importe de la découvrir. Une bonne part du traitement doit être dirigée contre le nervosisme.

Chute de végétations adénoïdes dans le larynx.

M. BAR. — Cet accident peut arriver quand on curette le rhino-pharynx avec le couteau de Gottstein, l'enfant tenu en position assise comme il convient par la narcose bromethylique. Il peut entraîner la mort immédiate, mais généralement l'enfant un peu grand rejette dans un accès de toux le fragment de végétations.

Un cas d'otoplastie du pavillon chez un enfant.

M. MAHU. — Observation d'un enfant de 3 ans 1/2, qui avait une malformation congénitale de l'oreille droite. Le lobule seul était normal quoique légèrement replié sur lui-même, tout le reste du pavillon se présentait sous forme d'un bourrelet charnu à charpente cartilagineuse que l'auteur jugea être le résultat du pliage en deux du pavillon normal.

De l'Anosmie.

M. COLLET. — Dans son rapport très détaillé, l'auteur décrit l'anosmie congénitale, l'anosmie héréditaire, l'anosmie sénile, l'anosmie de la ménopause, l'anosmie dans les maladies des fosses nasales, l'anosmie consécutive aux opérations, l'anosmie traumatique, l'anosmie dans les maladies nerveuses (tabes, paralysie générale, lésions cérébrales, hémiplégie, lésion des nerfs craniens : paralysie faciale et névralgie du trijumeau; névrose : hystérie, épilepsie et anosmies toxiques) dans les maladies infectieuses, et dans les maladies de la nutrition. Il faut traiter la cause d'anosmie : iodure, quinine, irrigations chaudes, massage, strychnine, électrisation, etc.

Du tubage de l'oreille moyenne dans l'évidement petro-mastoïdien.

M. MALHERBE. — L'auteur emploie un tube en celluloïd qu'il laisse à demeure, l'une des branches dans l'antre, l'autre dans le conduit auditif. Il faut pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien simple dans les formes hyperplasiques de l'otite due à un gonflement hypérémique dans le catarrhe hilo-tympanique. Il faut pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien, avec tubage dans tous les cas où il y a diminution des cavités de l'oreille moyenne comme cela a lieu dans les otites à lésions sclérosantes et à ostéite condensante.

Traitement de la dysphagie dans les laryngites tuberculeuses par un produit de culture microbien.

M. LAVRAND. — C'est le produit extrait des cultures du bacille de Koch. Il est inoffensif et augmente même les forces des malades; il calme la dysphagie dans la tuberculose laryngée et les douleurs spontanées quand elles existent; il exerce une action favorable sur les lésions laryngées, même très avancées; il donne des résultats dans les cas où tous les moyens ordinaires ont échoué.

Ostéome des fosses nasales.

M. LAUBENS. — Cet ostéome occupait toute une fosse nasale et le sinus maxillaire. On a dû réséquer l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ouvrir largement la paroi antérieure de l'antre, réséquer le tissu interne de l'arcade orbitaire et enlever une partie de l'ethmoïde. La malade a guéri par première intention et sans la moindre déformation extérieure.

Papillome de l'amygdale linguale.

MM. Raoult et Hoche. — Enfant de six ans, porteur de végétations adénoïdes et d'amygdales obstruent l'orifice pharyngien. Les auteurs proposent de remplacer la dénomination trompeuse de papillome par celle d'amygdalite papillomateuse et polypoïde.

A propos de vingt-six cas de sinusites maxillaires traitées chirurgicalement.

MM. Moure et Liaras. — Il faut toujours débuter par le traitement médical. Faire la turbinectomie préalable avant de procéder à l'ouverture du sinus. Trois récidives ont guéri par le traitement médical, consécutivement à l'intervention chirurgicale; ils ont observé de l'hyperesthésie dans le territoire du sous-orbitaire.

Double thyrotomie, double trachéotomie pour angiome du larynx chez un enfant de quatre ans. Guérison.

M. Goris. — Cet enfant étouffant, on dut faire une trachéotomie préalable, puis la thyrotomie. Excision de la tumeur sanguine. Les phénomènes dyspnéiques étant à peine améliorés, le cornage persistant, une nouvelle trachéotomie et une nouvelle thyrotomie sont faites et résection de la bande ventriculaire qui barrait le chemin de l'air.

Urticaire et odeur.

M. Joal. — Trois observations où l'urticaire s'est développée sous l'influence d'émanations odorantes. Dans le premier cas, l'urticaire a été précédée d'éternuements spasmodiques, de rhinorrhée, de vertige; elle a été provoquée par la préparation d'essences aromatiques. Dans les deux autres cas l'urticaire a été associée à l'asthme et à la fièvre des foins et a été déterminée par la poudre d'iodoforme, le sulfure de carbone, par la rose, le lilas et la jacinthe.

Pansinusite de la face et dégénérescence myxomateuse de la muqueuse nasale, traitée chirurgicalement et guérie.

M. Molinié. — Homme atteint de double sinusite frontale et maxillaire avec polypes. Ablation de ceux-ci, trépanation des sinus frontaux, vingt jours après récidive; otite moyenne suppurée et mastoïdite à gauche. Nouvelle ablation de polypes nouvelle opération sur les sinus frontaux; dix jours après ouverture des sinus maxillaires, et fermeture de la plaie frontale qu'on avait laissée ouverte. Guérison.

Laryngites hémorragiques.

M. G. Gellé. — Deux cas d'hémorragie sous-muqueuse chez les individus ne se livrant pas à des efforts de voix ou de chant. L'hémorragie est due à une congestion du larynx produite par la profession de ces malades qui portaient sur la tête des fardeaux d'un poids relativement excessif.

Laryngite aphteuse.

M. de la Combe. — Cinq observations d'aphtes de la bouche ayant envahi le larynx par auto-inoculation.

Méthode sclérogène dans la tuberculose laryngée.

M. Castex. — Solution de chlorure de zinc au 1/25 en injection (une demi-seringue de Pravaz). Dans la région des aryténoïdes, ou dans les bandes ventriculaires. Trois ou quatre piqûres à quinze jours d'intervalle suffisent en général.

Traitement rationnel de l'hydrorrhée nasale.

M. Lermoyez. — Pendant une première semaine le malade prend chaque jour un quart de milligramme de sulfate d'atropine et deux milligrammes de sulfate de strychnine; pendant la semaine suivante cette dose est doublée et quelquefois triplée pendant une troisième semaine. Repos de dix jours et le traitement est repris. J. Baratoux.

La Température. — Plus de soixante cas d'insolation ou d'apoplexie causés par la chaleur ont été constatés vendredi dernier dans les rues de Londres. Le même jour, la semaine précédente, la gelée et le froid avaient causé des dommages.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : Dr PAUL-BONCOUR.

I. — De l'importance de la radiographie pour le diagnostic et le traitement des déviations de la colonne vertébrale; par Redard et Laron. (Extrait des *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1898.)

I. — Cette communication a pour but de démontrer que l'on peut obtenir avec une très grande précision l'image du rachis, la configuration et la position des vertèbres. Les perfectionnements incessants de la radiographie en font un moyen puissant d'investigation. Plus particulièrement encore les services qu'elle rend pour le diagnostic et le traitement du mal de Pott des scolioses sont incontestables.

A l'appui de ces assertions les auteurs citent quelques-uns des faits qu'ils ont pu reconnaître. Leurs épreuves radiographiques représentent avec netteté des foyers tuberculeux vertébraux à diverses périodes. De plus les lésions tuberculeuses initiales sont décelées par la radiographie. Il est permis de faire le diagnostic du mal de Pott à sa première période alors que les symptômes objectifs ou subjectifs renseignent insuffisamment.

On peut reconnaitre aussi le nombre de vertèbres atteintes, la profondeur des lésions, leur étendue, etc., etc.

Dans la scoliose il est permis également de diagnostiquer avec précision l'état de la colonne.

II. — De la correction des attitudes vicieuses et du raccourcissement dans la coxalgie; par Redard (de Paris), 1899.

II. — M. Redard étudie principalement le meilleur traitement de ces difformités chez les enfants. Il se borne principalement à l'étude des vieilles coxalgies qui ne présentent plus de réaction indiquant l'évolution de la tuberculose et qui peuvent donc être considérées comme guéries. L'auteur étudie en premier lieu l'attitude vicieuse avec sa flexion, son adduction et sa rotation en dedans. Il étudie ensuite le raccourcissement causé par l'atrophie du membre avec arrêt de développement de l'os, la luxation plus ou moins accentuée de la hanche. A l'appui des explications, il y a une radiographie qui permet de juger et de comprendre les phénomènes osseux et la disposition vicieuse des os de la hanche. Pour corriger les attitudes vicieuses, M. Redard pratique le redressement forcé sous le chloroforme. Comme on a fait de nombreux reproches à cette méthode, il cite des faits où elle lui a réussi et il explique la technique de cette opération qui prudemment pratiquée ne peut être accusée d'aucun méfait.

Il emploie la traction sur le membre au moyen d'appareils puissants. Il considère cette traction à l'aide d'appareils comme indispensable, la traction manuelle étant insuffisante. La correction du raccourcissement doit être obtenue en agissant sur le bassin vicieusement incliné qu'il faut ramener dans sa situation normale, à la suite de ces manœuvres il faut immobiliser le bassin.

Sur 30 cas M. Redard n'a jamais noté de réveil de la tuberculose, il n'a jamais eu besoin de pratiquer de ténotomie ou de myotomie. Ce mémoire est accompagné de nombreuses figures représentant les enfants avant et après le redressement. L'auteur résume ainsi ses opinions à ce sujet : le redressement forcé, pratiqué avec prudence, par de puissants appareils de traction, chez des sujets avec bon état général et chez lesquels la coxo-tuberculose est éteinte, est une méthode rapide et sûre, exempte de dangers et convenant tout particulièrement dans la chirurgie infantile pour la correction des attitudes vicieuses de la coxalgie. Les opérations sanglantes doivent être proposées pour la correction des attitudes vicieuses, des coxalgies anciennes des adolescents avec ankylose osseuse ou rétractions fibro-musculaires accentuées.

III. — The treatment of disease by physical methods, par Thomas Sheith Dowse. (Bristol, 1898.)

III. — L'auteur s'occupe depuis longtemps d'appliquer le massage et l'électricité aux maladies et c'est le résumé de sa pratique qu'il publie aujourd'hui sous le titre de méthodes physiques. Il avertit dans sa préface qu'il traite principale-

ment des affections chroniques. Il est persuadé que nombre des interventions chirurgicales pourraient être évitées avec le choix de sa méthode, qui n'est que l'application raisonnée et scientifique du massage et de l'électricité. Ce volume fort important (400 pages) renferme un grand nombre de chapitres. Au début, on voit les principes du massage expliqués avec force détails. Ses modes d'action, sa puissance, ses résultats, au point de vue des mouvements, de la nutrition, de la température, des sécrétions, etc., sont passés en revue. Il en donne la théorie en s'appuyant sur les travaux des plus éminents physiologistes. Un second chapitre traite de la technique (effleurage, pétrissage, tapotements, frictions) et chaque modalité est consciencieusement décrite avec ses avantages, ses indications. Toutes les explications sont accompagnées de figures destinées à faire connaître la position des mains du masseur. D'autres chapitres traitent successivement du massage théorique et pratique de chaque partie du corps. A la fin de ce volume il y a deux lectures sur l'électricité et ses applications médicales. Ce qui constitue la particularité de ce traité des méthodes physiques dans la thérapeutique médicale, c'est que l'auteur ne fait pas preuve d'une opposition systématique à tout ce qui n'est pas sa méthode habituelle. Il discute à propos de chaque organe les opinions de chacun et il essaye d'expliquer les procédés qui ne sont pas les siens et d'en tirer les avantages et les désavantages. Il y a donc une étude consciencieuse du sujet en même temps qu'un essai d'explication physiologique du massage extrêmement intéressant.

IV. — De l'utilité de la radiographie pour le diagnostic et le traitement de la coxalgie; par Redard, chirurgien du dispensaire Furtado-Heine.

IV. — M. Redard a employé, comme dans beaucoup d'autres cas, la radiographie pour diagnostiquer la coxalgie tout à fait au début. Les conclusions qu'il en tire et que d'ailleurs il rend fort claires à l'aide de très jolis clichés photographiques joints au texte, sont intéressantes. Il est regrettable que dans la chirurgie orthopédique on ne multiplie pas ces examens. Au début de la coxalgie les lésions sont nettement indiquées. (Lésions atrophiques, état du col, etc., etc.). Ces indications ne sont pas superflues si l'on veut appliquer un traitement efficace. En effet, il est facile de préciser les particularités de l'affection, les lésions péri-articulaires, juxta-coxales, et d'instituer ainsi un traitement basé sur les conditions anatomo-pathologiques.

V. — Les mouvements auxiliaires dans l'hémiplégie. Leur rapport avec la pathogénie et le pronostic de la contracture: par Ghilarducci. (Extrait de la *Policlinique*, 1897.

V. — L'auteur ayant remarqué que les hémiplégiques peuvent vaincre temporairement la contracture des muscles fléchisseurs, attribue ce rôle à l'énergie de certains mouvements volontaires qu'il propose de nommer mouvements auxiliaires. Lorsque ce phénomène existe, il annonce presque invariablement la résolution permanente de la contracture. Le degré de fonctionnement de la main est en raison inverse de la multiplicité des groupes musculaires mis en action pour vaincre la contracture. L'auteur appuie ses opinions sur une certaine quantité d'observations détaillées. Il étudie ensuite la séméiologie de ces mouvements auxiliaires essentiellement caractérisés par la contracture volontaire d'un groupe musculaire. Le groupe change suivant chaque malade et la multiplicité comme l'étendue des mouvements, marchent de pair avec la gravité de la lésion. Il y aurait même des variétés topographiques en rapport avec un pronostic plus ou moins sérieux. Enfin une dernière conclusion de cette étude affirme que la contracture est due à l'action inhibitrice du cerveau sur l'axe médullaire.

FORMULES

LXIV. — Contre la dysenterie aiguë.

Décoction de simaruba.	170	grammes.
Cognac	} aa 10	—
Mucilage de Salep		
Teinture d'opium.	1	—
Sirop d'écorce d'oranges . . .	25	—

1 cuillerée à soupe toutes les 2 heures. (Uhle.)

REVUE D'HYDROLOGIE

V. — Eaux minérales d'Italie; par A. Labat. (J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs, 1899.)

V. — Dans son introduction, l'auteur donne un exposé de climatologie de l'Italie. Ce pays méridional, couvert de montagnes (Alpes et Apennins), n'offre guère un climat uniforme. Sa situation péninsulaire fait que la mer y modère beaucoup la température. Les variations de température y sont très brusques, comme en Espagne, en Algérie, en Egypte, etc. Les climats italiens régionaux sont donc, conclut M. Labat, très divers en dépit de quelques traits communs. Les marais qui, malheureusement, occupent encore presque le quart de la superficie du sol, rendent le séjour de certaines régions dangereux. Le sol, formé de terrains les plus variés, présente une zône éruptive des plus intéressantes.

Les eaux minérales sont très nombreuses en Italie; malgré cela, on y trouve moins qu'en Gaule des vestiges d'utilisation par les Romains, ce qui paraît dû à la destruction plus complète des établissements thermaux par les barbares lors des grandes invasions. Ces stations sont fréquentées par la société italienne et la vie y est analogue à celle qu'on mène dans les stations françaises. En général, ces eaux sont très chaudes; Albano a 86° et Ischia près de 100°; on y constate souvent l'association des chlorures et des principes sulfurés, ce qui est rare en France, celle de l'acide sulfhydrique et de l'acide carbonique et la présence de l'hydrogène carboné et du pétrole. Elles sont en général des salines mixtes, de constitution assez compliquée qui rend impossible toute classification chimique. L'auteur préfère avoir recours à une classification régionale. Au pied des Alpes, le climat est frais en été et on trouve beaucoup d'eaux peu minéralisées et bitumeuses. En Emilie, les eaux sont salées, carburées et bitumeuses; en Toscane, chaudes et sulfatées calciques; dans la zône volcanique, elles sont gazeuses, sulfureuses, alcalines, salées, ferrugineuses.

M. Labat passe alors en revue les stations transapennines et cisapennines. Les stations transapennines occupent les contreforts des Alpes et la grande vallée du Pô. On y trouve sur la frontière française Vanadio et Valdieri, à 1.300 et 1.400 mètres d'altitude, eaux thermales sulfureuses qui s'appliquent à l'arthritisme, au rhumatisme, aux affections cutanées, aux paralysies, etc. Ceresole Reale aux eaux bicarbonatées ferreuses, qui sont diurétiques, toniques, s'adresse aux anémiques, à l'impaludisme, à la gravelle. Pré Saint-Didier, Courmayeur, Saint-Vincent dans la vallée d'Aoste, sont peu minéralisées, la dernière est laxative. Bormio est une station plus importante, elle est gazeuse, contient des bicarbonates et surtout des sulfates de chaux et de magnésie. On y traite rhumatisants et herpétiques.

Santa-Catarina, dans le Trentin, est ferrugineuse, comme, du reste, ses voisines Pepo et Rabbi. Levico est arsenicale et les Italiens la comparent à Plombières, qui contient moins d'arsenic, mais se gardent de la mettre en parallèle avec la Bourboule qui lui est bien supérieure, elle est, du reste, aussi sulfureuse, ce qui rend certaines sources peu potables. Roncegno, toujours aux environs de Trente, est un diminutif de Levico. Recoaro a des eaux jaunes, acides, styptiques, difficiles à boire, elles contiennent du sulfate de fer, de manganèse, de cuivre et de l'arséniate de fer. Elles sont diurétiques, laxatives, toniques, antidyspeptiques. San Pellegrino et Trescore aux environs de Pergame, se rapprochent de Recoaro.

Acqui, près d'Alexandrie, possède des sources d'eaux et de boues. Ces eaux sont faiblement sulfureuses et légèrement salées. Le rhumatisme, l'arthrite déformante, les ankyloses, la scrofule, les névralgies bénéficient du traitement par les boues. Les eaux d'Abano, près de Padoue, chaudes comme Chaudes-Aigues, contiennent du naphte, du brome, du chlorure de sodium, du sulfate calcaire, de la silice. Elles se rapprochent ainsi des eaux geysériennes et sortent par de petits cratères. Abano est pourvue de boues analogues à celles d'Acqui. Battaglia est plus moderne et plus faible. Si l'on peut comparer ces deux stations voisines, on pourrait dire qu'Abano a quelque analogie avec Bourbonne et Battaglia avec Bourbon-l'Archambault. La zone des Eaux de l'Emilie au N.-E. de l'Apennin de

Forli à Plaisance sont chlorurées, iodo-bromurées, souvent bitumeuses.

On y trouve Castrocaro, Riolo, La Pierretta, Salso Maggiore, Tabiano, Sales, Salice. Ces eaux contiennent du sel en grande quantité, du soufre, de l'iode, du brome, du gaz d'éclairage et du pétrole, on n'en trouve d'analogues que rarement en Hongrie et au Caucase et il est probable qu'on leur découvrira un jour une puissante action thérapeutique.

Les stations Cisapennines peuvent comprendre les bains de Toscane, de Romagne, de Campanie et de Sicile.

La Toscane possède de nombreuses stations très chaudes et très abondantes. Le type sélénitieux y domine, bien que l'une d'elles soit chlorurée forte. S. Giuliano près de Pise dont les sources sulfatées calciques sont diurétiques et laxatives, attire les névrosés, les dyspeptiques, les gravelleux. Casciana du même genre que S. Giulìano a quelques traits de ressemblance avec notre Lamalou, ses bains y sont à eaux courantes comme à Néris. Les Bagni di Lucca, eaux toujours sulfatées, sont recommandés pour les rhumatismes chroniques, les névralgies. Leur usage interne s'applique aux dyspepsies, aux engorgements hépatiques et spléniques. Ils déterminent la sédation des maladies utérines et trouvent en France leurs analogues dans Louèche, Bath et surtout Bigorre. Monte Catini dont les sulfates alcalins et terreux forment toujours le fond, a des traces d'iode, de lithine, de brome et un peu de fer, a la spécialité du traitement des catarrhes gastro-intestinaux. Monsummano est formée de grottes où les lacs d'eau chaude se succèdent et où l'acide carbonique est en abondance.

La Romagne qui a quelques analogies avec l'Auvergne, comprend les antiques eaux sulfureuses et salines de Viterbe, celles de Vicarello, diurétiques et laxatives, d'Acque Albule, sulfurées et sulfatées calciques, de S. Gemini où le bicarbonate de chaux abonde et est une sorte de Saint-Galmier italienne.

Le golfe de Naples est rempli de sources sulfureuses. Dans l'île d'Ischia sont plusieurs sources dont une, celle de Gurgitello, est une eau alcaline mixte à prédominance chlorurée, mais non sulfureuse. Pouzzoles, de souvenir antique, a des thermes faiblement sulfureux. La Solfatare possède des eaux sulfatées, sulfureuses, chlorurées, arsenicales. Dans le voisinage sont des eaux de même genre; Bagnoli, l'ancien Balneolum de Pline, Manganello. Le lac d'Agnano, desséché, laisse dans son lit conquis par l'agriculture de nombreuses sources chaudes. La ville de Naples a même ses fontaines médicinales sulfureuses et ferrugineuses et dans sa banlieue Torre-Annunziata, Castellamare, Telese sont des stations thermales réputées. La Sicile possède des villes de bains analogues à celles de la Péninsule, mais généralement elles n'offrent pas un aussi grand développement et des installations aussi confortables. Il convient néanmoins de citer Aci-Reale du type sulfuro-salin si fréquent en Italie où par la boisson et les bains se traitent le rhumatisme chronique, la scrofule, les maladies de la peau, les catarrhes des muqueuses, etc., mais cette eau n'est malheureusement pas thermale. Aux environs de Palerme, il existe Termini dont l'installation est fort incomplète; Termini Castro Reale près de Messine, Suacca près de Girgenti, Macalube sont encore des eaux sulfureuses avec des grottes qui remplissent le rôle d'étuves.

M. A. Labat, après cette longue et consciencieuse étude des villes d'eaux d'Italie, ne conclut pas : sans doute il a eu peur d'être obligé dans ses conclusions de rompre le trait d'union franco-italienne qu'il a mis en tête de son travail à la suite de sa dédicace à la duchesse d'Aoste; mais de la lecture de cet ouvrage, il ressort, nous semble-t-il, que la richesse de l'Italie en eaux minérales est plus apparente que réelle et que la Péninsule ne peut sans grand désavantage être comparée à la France.

Ces eaux italiennes si nombreuses sont parfois si compliquées au point de vue minéralisation qu'elles sont presque inutilisables et il n'en est pas qui ne trouve en France une station analogue et supérieure. Il n'existe pas de villes d'eaux comparables à nos grandes stations balnéaires : Vichy, Aix, Luchon, la Bourboule, le Mont-Dore, Royat, Plombières, Néris, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, etc., etc. Peut-être les eaux italiennes se développeront, deviendront plus florissantes, mais elles conserveront plutôt une réputation locale et ne paraissent pas appelées à prendre le brusque essor de nos villes de bains les plus réputées. J. Noir.

VARIA

Hygiène : Visite aux champs d'épandage de Paris.

Les visites publiques et périodiques du parc agricole d'Achères (Epuration des eaux d'égout), organisées par la ville de Paris en 1898, et qui ont beaucoup de succès, sont reprises tous les dimanches, à partir du dimanche 7 mai. Des cartes spéciales d'autorisation seront délivrées gratuitement aux personnes qui en feront la demande, dans les bureaux de M. Bechmann, ingénieur en chef, chef du service technique des eaux et de l'assainissement, 9, place de l'Hôtel-de-Ville (de 9 heures et demie à 5 heures).

Sur la présentation de ces cartes d'invitation, il est délivré aux guichets de la Compagnie de l'Ouest, gare Saint-Lazare, des billets spéciaux d'aller et retour à prix réduits (3 francs en première, 2 francs en seconde, 1 fr. 30 en troisième; la même carte donnera droit au transport gratuit sur la voie ferrée du parc agricole (chemin de fer Decauville). Le départ pour Achères est fixé à 1 h. 1/2, gare Saint-Lazare, et le retour à Paris s'effectuera par tous les trains ordinaires des gares d'Achères ou d'Herblay, à partir de 4 h. 35 (Achères), ou 5 h. 18 (Herblay). (*Gazette Médicale de Paris*, 13 mai 1899.)

Loi interdisant le mariage aux personnes atteintes de graves maladies.

Une loi qui interdit le mariage aux personnes atteintes de maladies graves est, d'après le *Medical and surgical Review*, proposée au Parlement de Pensylvanie. Ces maladies sont : la syphilis, la gonorrhée, l'épilepsie, la dipsomanie, la tuberculose, la folie héréditaire, la folie. L'Etat, au Texas, a déjà prohibé le mariage d'épileptiques; le Massachussetts, celui des épileptiques, des alcooliques et des syphilitiques. L'Ohio et le Maryland sont en train de consacrer les mêmes prohibitions que la Pensylvanie. (*France Médicale.*)

La Conférence antialcoolique de Bruxelles.

La Conférence, pour la revision du régime des spiritueux en Afrique, s'est réunie en séance plénière hier. Elle a approuvé le rapport de la commission. Elle a adopté ensuite les différents articles du projet de convention. Deux points restent encore en suspens. Ils ont été réservés pour une séance ultérieure, qui a été fixée à jeudi ou vendredi prochain. Si, comme on peut l'espérer, l'accord s'établit à ce sujet, la convention pourrait être signée dans les premiers jours de la semaine prochaine. (*Débats* du 31 mai.)

Hygiène des Chemins de fer.

Depuis quelque temps, un grand nombre de réclamations s'étant produites sur l'état de malpropreté des voitures, en général, et, plus particulièrement, sur celles des trains de la banlieue, le Ministre des Travaux publics vient, par circulaire, d'inviter les Compagnies de chemins de fer à vouloir bien se conformer aux mesures préconisées par le Comité d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. Par suite d'un balayage et d'un lavage insuffisants, de l'absence de toute désinfection, les crachats de chaque jour viennent s'ajouter aux souillures déjà desséchées qui remplissent les encoignures des compartiments et les interstices des planchers, constituant ainsi de véritables foyers de propagation de la plupart des maladies infectieuses ou contagieuses.

Dans le but de remédier à cet état de choses, le Ministre, dans sa circulaire, prie les administrations des Compagnies de lui faire connaître d'urgence les résultats des recherches entreprises en vue de la découverte de procédés pratiques de désinfection des voitures et des salles d'attente, et les invite à donner plus de publicité à la recommandation de ne pas cracher sur le parquet et, à cet effet, à placarder dans toutes les gares et dans toutes les voitures l'avis au public, affiché seulement, jusqu'à présent, dans les gares d'une certaine importance. (*Débats* du 31 mai.)

Question d'assistance.

Dans les établissements consacrés aux aveugles et aux sourds-muets on renvoie parfois des enfants pour des accidents légers, par exemple incontinence nocturne d'urine, qui pourraient être traités dans ces établissements sous la direction du médecin. De même que pour les anormaux idiots, l'intervention du médecin doit être régulière pour les aveugles et les sourds-muets qui, la plupart, présentent des troubles nerveux et des anomalies au sujet desquels l'intervention du médecin est absolument justifiée. L'histoire de la famille, l'histoire de l'enfant lui-même, non pas bornée à son infirmité seulement mais s'étendant à toute sa vie, ne peut être sérieusement prise que par le médecin et il devrait en être ainsi pour tous les anormaux compris la majorité des enfants prétendus criminels, qui ne sont que des malades.

L'émaillage des dents.

Toutes les personnes qui ont assisté, en 1889, aux représentations du théâtre annamite ont remarqué les abominables dents noires des artistes, hommes ou femmes, qui mêlaient aux accents d'une musique cruelle leurs odieuses vociférations. Toutes les mâchoires annamites offrent le même aspect, et l'on a coutume d'attribuer à l'usage du bétel cette désobligeante noirceur. M. Paul d'Enjoy, qui a beaucoup observé l'Extrême-Orient, nous apprend que c'est là une erreur. Le bétel ne donne à la salive, aux lèvres et aux dents, qu'une coloration toute passagère, et qui, d'ailleurs, est rouge.

Cette couleur noire est le résultat d'un traitement spécial, fort minutieux et long. Le sujet se rince d'abord consciencieusement les dents, les polit à la poudre de corail, puis, avec de petits pinceaux, se les fait badigeonner sur toutes les faces avec un enduit fait de miel, de noir animal et de calambac. Il faut répéter l'opération plusieurs jours de suite et, après chaque séance, le patient, — oh! combien, — doit tenir la bouche ouverte jusqu'à ce que l'enduit, complètement sec, ait pris la consistance et l'aspect émaillé d'une couche de laque noire Deux considérations ont déterminé les Annamites à adopter cet usage. C'est d'abord qu'ils ont horreur des « dents nues » et ne parlent qu'avec mépris de nos « débris de porcelaine ». C'est ensuite et surtout que l'émail noir de leurs dents constitue une gaine protectrice qui les préserve de la carie. Les heureux Annamites ne connaissent point l'odontalgie. Il est douteux que cet avantage suffise pour mettre à la mode parmi nous l'enduit de miel, de calambac et de noir animal. Les Européens conserveront longtemps encore le préjugé des dents blanches. Mais nos dentistes pourraient peut-être imaginer un émail artificiel qui jouirait des mêmes propriétés que l'émail noir des Annamites et qui aurait, de plus, le mérite d'être blanc. Comme le dit fort bien M. Paul d'Enjoy, « l'illusion serait complète avec la nature ». (*Débats*.)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies nerveuses et mentales, hypnotisme. — M. le Dr Bérillon, le mardi et le samedi à 5 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier.

Cours pratique d'ophtalmologie (Hôtel-Dieu). — M le Dr F. Terrien : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). — M. Druault : 1° *Anatomie* normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques); 2° *Bactériologie* clinique de l'œil. — Chaque cours durera six semaines : le premier a lieu les mardi, jeudi et samedi à 5 heures; le second, les lundi, mercredi et vendredi à la même heure.

Médecins de la Préfecture de Police. — M. Carpentier-Méricourt, médecin en chef adjoint de la police municipale est nommé médecin en chef; M. le Dr Schwing, médecin de la police municipale, est nommé médecin en chef adjoint; M. le Dr Dieudonne, suppléant, est nommé médecin titulaire.

NÉCROLOGIE



Le Dr CHARPENTIER (de Paris).

L'obstétrique française vient de perdre en Charpentier un de ses représentants les plus autorisés et les plus connus, et c'est avec une profonde tristesse que ses amis et ses collègues ont conduit à sa dernière demeure ce savant aimable, si actif encore malgré la maladie dont il était atteint depuis plusieurs années.

Louis-Alphonse-Arthur Charpentier était né en 1836 à Paris dans l'Ile Saint-Louis. Il était fils d'un médecin de la capitale, ancien interne des hôpitaux et fort occupé. Lui-même commença sa médecine de bonne heure, et fut successivement externe des hôpitaux en 1857, puis interne en 1859. Sa thèse de doctorat, qu'il soutint en 1863, traitait *Des accidents fébriles chez les nouvelles accouchées*, et témoignait déjà de sa tendance et de son goût pour les études obstétricales. Il commença cependant par faire de la médecine générale, et ne put parvenir à être chef de clinique d'accouchements de la Faculté qu'en 1869. C'est qu'à cette époque il n'y avait pas de concours; il fut choisi directement par le Pr Depaul, qui fut son maître en obstétrique.

Nommé professeur agrégé de la Faculté de Médecine en 1872, il y fit de nombreux cours très suivis. C'est lui qui inaugura les cours complémentaires, et il publia en particulier d'intéressantes leçons sur les *Hémorragies puerpérales*.

Il fut élu membre de l'Académie de Médecine en 1884, et ne cessa d'y faire de nombreuses communications, et d'y prendre une part souvent importante aux discussions. Mais il s'était fait, surtout depuis 1890, une sorte de spécialité comme rapporteur des travaux adressés à la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance. Ses rapports, bourrés de documents, constituent une sorte d'histoire de l'hygiène de l'enfance, précieuse à consulter.

Charpentier appartenait à un grand nombre d'autres Sociétés savantes, dont nous signalerons les principales. Il était membre de la Société de Médecine légale, qu'il présidait cette année même; de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris, qu'il avait contribué à fonder et qui vient de disparaître; de la Société obstétricale de France, qu'il a présidée; de la Société d'Obstétrique de Paris, récemment fondée et dont il a été promu par acclamation président d'honneur. Il était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1888.

Travailleur infatigable, il a fait paraître un grand nombre de publications, dont on trouvera plus loin l'énumération. Indépendamment de la part si active qu'il prenait aux travaux de l'Académie, il collabora pendant six ans aux *Archives de Tocologie*, puis aux *Nouvelles Archives d'obstétrique et de*

gynécologie qu'il avait fondées avec Doléris, deux périodiques aujourd'hui disparus. Mais son ouvrage le plus considérable fut son *Traité pratique d'accouchements*, en deux volumes, qui parut en 1883, et qui eut une seconde édition, modifiée et augmentée, en 1889. Ce livre, traduit en Amérique, contient de nombreuses citations que l'auteur a prises dans le texte même des auteurs français et étrangers, grâce à sa connaissance des langues anglaise et allemande, ce qui rend ce traité particulièrement intéressant à consulter.

Charpentier, doué d'un heureux caractère, d'une bonne humeur inaltérable, plein d'esprit et de bonté, était très aimé. C'était un ami sûr, un praticien très occupé et très apprécié dans sa nombreuse clientèle. Il possédait surtout un sentiment profond de la justice; aussi, avec la droiture qui le caractérisait, allait-il toujours au but sans dissimuler son opinion, et l'exprimant en toute franchise. C'était un honnête homme dans toute l'acception du mot.

Pour nous, qu'il honorait de son amitié, et qui avons entretenu avec lui de très cordiales relations, nous adressons ici à sa mémoire un souvenir affectueusement ému. Nous exprimons à sa famille, particulièrement à sa veuve si éprouvée par une telle perte, et à son frère auquel il était uni par la plus touchante affection, l'hommage respectueux de nos plus sympathiques condoléances.

Voici, par ordre chronologique la liste des principales publications de Charpentier :

Etude comparative sur la belladone, la datura et la jusquiame au point de vue clinique, Paris, 1863 (prix Corvisart, Faculté). — Des accidents fébriles chez les nouvelles accouchées (Thèse Paris, 1863). — Maladies du placenta et des membranes (Thèse d'agrégation, 1869). — Contribution à l'étude des paralysies puerpérales (Delahaye, Paris, 1872). — De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques (*Thèse d'agrégation*, 1872). — Leçons sur les hémorragies puerpérales (*Arch. de Tocologie*, 1874, t. L, p. 25). — Observation de tumeur de la région sacro-coccygienne prise pour une grossesse gémellaire; présentation de l'épaule (*Arch. de Tocologie*, 1874). — Manuel d'accouchements comprenant la pathologie de la grossesse et des suites de couches (traduit de Schrœder, 1875). — Des lésions du fœtus à la suite de l'extraction dans les présentations de l'extrémité pelvienne, traduit de l'allemand (*Bulletin de Thérapeutique*, 1875). — Sur les signes de l'avortement pendant les premiers mois de la grossesse (*Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1877). — L'obstétrique au Japon (*Annales de Tocologie*, 1879). De l'hydramnios (*Arch. de Tocologie*, 1880, t. X, p. 321). — Observation de grossesse triple (*France médicale*, nº 56, 1882). — De l'urémie expérimentale, avec Butte (*Nouv. Arch. d'Obst.*, p. 397, 1887. — Traité pratique d'accouchements (2e vol., 1re édit., 1883, 2e édit., 1889). — Emploi du sulfate de cuivre en obstétrique (*Bulletin de l'Académie*, 1884). — Persistance de l'hymen, comme cause de dystocie (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 1886, p. 1). — Cas rare d'éclampsie (*Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gyn.*, 1888, p. 178). Septicémie puerpérale grave, gangrène de l'utérus et du vagin, curage, guérison (*Bullet. et Mém. de la Soc. obst. et gyn.*, 1886, p. 182). — Recherches expérimentales sur la vie du fœtus, avec Butte (*Nouv Arch. d'Obst.*, 1888, p. 309). — Du curage, de l'écouvillonnage dans l'endométrite zystique puerpérale (*Bull. de l'Académie*, 1888, XX, p. 407). — Quelques observations de fœtus mort-nés (*Bullet. et Mém. de la Soc. obst. et gyn.*, 1889, p. 90). — De l'application des anesthésiques aux accouchements naturels (*Id.*, 1889, p. 137). — A propos d'un cas de mort rapide après l'accouchement (*Id.*, 1889, p. 245). — Néphrite infectieuse puerpérale (Bullet. de l'Acad. 1891, p. XXVI, p. 310). — De la symphyséotomie (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 1892, p. 213). — Grossesse gémellaire, présentation d'un des enfants par l'épaule et de l'autre par le siège; accouchement spontané des deux enfants par le siège, après version spontanée du deuxième enfant (*Bullet. et Mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1893, p. 75). — Vomissements incoercibles de la grossesse, avortement provoqué au troisième mois. Guérison (*Id.*, 1895, p. 329). — Etiologie et traitement de la fièvre puerpérale (Paris, 1898).

Ch. Maygrier.

Association des Ambulanciers de France. — L'Association des Ambulanciers de France (Siège social, 19, rue Cler) a célébré sa grande fête annuelle avec distribution de récompenses, le dimanche 28 mai, à deux heures de l'après-midi, salle Lancry, 10, rue de Lancry, sous la présidence effective de M. Lockroy, Ministre de la Marine.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 28 mai au samedi 3 juin 1899, les naissances ont été au nombre de 1058, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 384, illégitimes, 160. Total, 544. — *Sexe féminin* : légitimes, 361, illégitimes, 153. Total, 514.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 28 mai au samedi 3 juin 1899, les décès ont été au nombre de 917, savoir : 490 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 5. T. 8. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 13, F. 17. T. 30. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 7, F. 8, T. 15. — Diphtérie. Croup : M. 3. F. 1, T. 4. — Grippe : M. 3, F. 0, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 116, F. 67, T. 183. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 12, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 11, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 20, F. 34, T. 54. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 12, T. 31. — Méningite simple : M. 0, F. 5, T. 5. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 24, F. 23, T. 47. — Paralysie, M. 4, F. 6, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 6, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 30, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 5, T. 10. — Bronchite chronique : M. 9, F. 10, T. 19. — Broncho-pneumonie : M. 22, F. 20, T. 42. — Pneumonie : M. 26, F. 15, T. 41. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 16, T. 37. — Gastro-entérite, biberon : M. 3, F. 6, T. 9. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 10, F. 11, T. 21. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 2, T. 7. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 14, F. 16, T. 30. — Sénilité : M. 6, F. 27, T. 33. — Suicides : M. 10, F. 1, T. 11. — Autres morts violentes : M. 9, F. 3. T. 12. — Autres causes de mort : M. 89, F. 66, T. 155. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 15. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 11. Total : 27.

Ecole de Pharmacie. — Les examens du certificat d'études secondaires exigé des candidats aux grades de pharmacien de 2e classe et de chirurgien-dentiste auront lieu à Paris, le mercredi 19 juillet, à 8 h. 1/2 du matin (1re session de 1899). Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne (5e bureau), du 1er juin au 15 juillet inclus.

La Société de Pédiatrie se réunit le deuxième mardi de chaque mois, à 5 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades. La prochaine séance aura lieu le mardi 13 juin.

Service de Santé de la Marine. — M. Chassériaud, médecin de 1re classe, du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer à la défense mobile de Rochefort, M. le Dr Mortreuil, qui terminera le 14 juin 1899, deux années de service dans ce poste. M. Mortreuil sera affecté au port de Cherbourg.

Inauguration de la Statue de Larrey. — Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a désigné MM. les Drs Riban, vice-président, Vallin et Josias pour le représenter à l'inauguration, au Val-de-Grâce, de la statue du Dr Larrey, qui fut, durant vingt-trois ans, membre du conseil d'hygiène de la Seine, et qui présida cette assemblée en 1874.

Premier Congrès international des Médecins de Compagnies d'Assurances sur la Vie. — Ce Congrès aura lieu à Bruxelles, du 25 au 28 septembre 1899; il n'y sera traité que des questions d'ordre purement scientifique. Président d'honneur : M. de Bruyn, Ministre de l'Agriculture et des Travaux publics belges. Le Comité d'organisation est ainsi constitué : président, Dr Vleminckx, de l'Académie de Médecine de Belgique; vice-présidents : Dr Gallet, agrégé à l'Université libre de Bruxelles, Dr Verriest, professeur à l'Université de Louvain; secrétaire général : Dr Poëls, ex-médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles (2, rue Marie-Thérèse, à Bruxelles). Le Comité d'initiative français se compose de MM. Brouardel, président; Landouzy, vice-président; Peyrot, Mauriac, Siredey. Le Dr Weill-Mantou, 28, rue de Chateaudun, à Paris, est chargé de recevoir les adhésions des congressistes français et de leur fournir tous les renseignements dont ils auraient besoin. Questions mises à l'ordre du jour : De l'admissibilité des syphilitiques, rapporteur : M. le Dr Bayet. Des névroses traumatiques, rapporteur : M. le Dr Crocq. De l'alcoolisme au point de vue de l'assurance sur la vie, rapporteur : M. le Dr de Boeck. De quelques dermatoses envisagées au point de vue de l'assurance sur la vie, rapporteur : M. le Dr Dubois-Havenith. De l'anthropométrie dans ses rapports avec l'assu-

rance sur la vie, rapporteur : M. le Dr Houzé. De l'admissibilité des glycosuriques, rapporteur : M. le Dr Lebœuf. La radiographie en matière d'assurances, rapporteurs : MM. les Drs Maffei et Hannekart. Quels sont les neurasthéniques que l'on peut admettre, quels sont ceux qu'il faut refuser? rapporteur : M. le Dr Mabillon. L'hérédité tuberculeuse considérée au point de vue de son influence sur l'assurance-vie, rapporteur : M. le Dr Meyer (de Metz). De l'examen du cœur (assurance-vie), rapporteur : M. le Dr Moritz (de Saint-Pétersbourg). De l'utilité d'un formulaire médical universel (assurance-vie), rapporteur : M. le Dr Poëls. Des statistiques médicales; communications diverses; rapporteurs : MM. les Drs Thompson (de Londres), Poels, etc. Le secret médical et les compagnies d'assurances, rapporteur : M. le Dr J. Van Geuns (d'Amsterdam). Du diagnostic précoce de la paralysie générale, rapporteur : M. le Dr R. Verhoogen. De la continuité des états morbides à travers la vie; contribution à la symptomatologie des tares, rapporteur : M. le Dr Verriest. De la fraude en matières d'assurances sur la vie, rapporteur : M. le Dr Weil-Mantou (de Paris). De l'admissibilité des albuminuriques, rapporteur : M. le Dr Wybauw. Les questions mises à l'ordre du jour peuvent être l'objet de communications personnelles. Les auteurs de ces communications sont priés d'envoyer au secrétaire général, avant le 15 juillet, un résumé de leur travail. Ce résumé sera imprimé et distribué aux membres adhérents avant les séances. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. Les adhérents recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

Faculté de Médecine de Paris. — *Opérations de pratique courante.* — Exercices pratiques de médecine opératoire spéciale sous la direction de MM. Terrier, professeur, et Hartmann, agrégé. — M. Riche, prosecteur, a commencé, à l'Ecole pratique, le mardi 6 juin, à 1 heure, sa première démonstration sur les opérations de pratique courante (cure des hernies, de l'hydrocèle, du varicocèle, castration, traitement des otites moyennes suppurées, cathétérisme de la trompe d'Eustache, corps étrangers des fosses nasales, circoncision, trachéotomie, tubage, corps étrangers de la cornée, cathétérisme des voies lacrymales, énucléation du globe de l'œil, pleurotomie, amputation du sein, anus iliaque, traitement de la fistule anale et des hémorroïdes, sutures tendineuses et nerveuses, etc.). — Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Stage hospitalier pendant la période des Vacances. — MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1898-99 (du 1er décembre 1898 au 15 juin 1899), sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au 1er novembre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés. Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au doyen de la Faculté avant le 1er juillet, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

Agrégation en Pharmacie. — Le Ministre de l'Instruction publique vient, à la suite du concours du 17 mai dernier, de nommer agrégés (section de physique, chimie et toxicologie), près des Ecoles supérieures de Pharmacie des Universités ci-après désignées : Paris : M. Cauro, physique; M. Moureu, chimie et toxicologie; M. Lebeau, chimie et toxicologie. — Montpellier : M. Imbert, chimie et toxicologie; M. Fronzes-Diacon, chimie et toxicologie. Ces agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1899, pour une durée de dix ans.

La maison de convalescence des Coloniaux de Sevres. — La semaine dernière a eu lieu l'inauguration officielle de la Maison de Convalescence des Coloniaux, créée par l'Association de Secours aux militaires coloniaux. Cette maison est installée à Sèvres, au milieu d'un parc, dans l'ancienne demeure de Mme de Pompadour. M. Guillain, Ministre des Colonies, voulant marquer son intérêt à cette œuvre, pour laquelle une souscription publique a produit dernièrement plus de 15.000 francs, a présidé à l'inauguration. Reçu à l'entrée du parc par M. René de Cuers, Président, entouré des membres du Conseil de l'Association, le Ministre a été conduit dans la grande salle des Fêtes. M. Guillain a prononcé une allocution et a félicité les fondateurs de la maison de convalescence; il les a assurés de la sollicitude du Gouvernement. Après une visite dans les diverses salles, le Ministre a fait le tour des jardins, où une kermesse était organisée. (*Gazette Médicale de Paris.*)

Conseil général de la Seine. — Notre ami, M. le Dr Pietre, conseiller général du canton de Saint-Maur, vient d'être nommé président du Conseil général de la Seine. Nous sommes heureux de lui adresser nos plus vives félicitations.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies nerveuses*, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — M. le Dr Déjerine, *Maladies du système nerveux*, le jeudi, à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe. — M. le Dr Jules Voisin, *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi à 10 heures.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Gilles de la Tourette. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10 h., laboratoire Axenfeld. — *Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles* : M. le Dr Marcel Lermoyez. Le mardi : conférence de séméiologie et de diagnostic, le samedi : conférence de thérapeutique; le lundi : petites opérations spéciales ; le vendredi : opérations sur l'oreille et les sinus de la face (9 h. 1/2).

Hôpital Beaujon. — M. le Dr Bazy. Maladies des voies urinaires, lundis, jeudis, samedis.

Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale.* M. le Pr P. Budin, mardi et samedi à 9 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 24. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 JUIN 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE CHIRURGICALE : Panaris du pouce, inflammation des gaines tendineuses de la main et de l'avant-bras (leçon du Pr. Duplay), rec. par Clado. — BULLETIN : L'alcool dans les hôpitaux, par J. Noir ; — Canitie d'origine émotive, par F. Boissier. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie des Sciences*, par Phisalix; — *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir; — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay; — *Société de Pédiatrie*, par H. de R. — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE : Recherches et observations sur la Sanose, par Biesenthal ; — Effets et indications de la cure de raisin, par Lacker (ouvr. an. par Cornet). — REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE : Demande d'honoraires, à propos du secret professionnel, par Lirmin-Lipmann. — BIBLIOGRAPHIE : Traitement de quelques affections oculaires, par Berry (an. par Rellay); — Leçons sur les maladies du système nerveux, par Brissaud (an. par Ch. Mirallié); — Les troupes coloniales : maladies du soldat aux pays chauds, par Burot et Legrand (an. par Urriola); — Apoplexie cérébrale, par Castellvi (an. par Boissier). — BIOGRAPHIE MÉDICALE : Le Pr Raymond. — VARIA : Congrès de la tuberculose à Berlin ; — Monument Pelletier-Caventou, etc.; — Les origines du biberon; — Le cerveau d'Helmholtz; — La crémation et les cendres de Marceau. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. le Pr DUPLAY.

Panaris du pouce. Inflammation des gaines tendineuses de la main et de l'avant-bras.

Leçon recueillie par M. le Dr CLADO.

Le malade que j'ai choisi pour sujet de cette leçon est atteint d'une affection qui était jadis très fréquente et très grave. Bien que, depuis l'antisepsie, on l'observe beaucoup plus rarement dans les services hospitaliers et qu'elle soit d'ordinaire plus bénigne, elle mérite encore d'être étudiée avec soin, en raison des conséquences très sérieuses qu'elle peut entrainer à sa suite et qu'un traitement judicieusement appliqué parvient souvent à conjurer.

Notre malade est un homme de 36 ans, employé. Il est entré le 21 novembre dans le service, à la salle Saint-Landry, lit n° 27.

Le 10 novembre dernier (11 jours avant son entrée à l'hôpital), en réparant sa bicyclette, il a eu le pouce droit pris dans l'engrenage de la chaîne. Il en est résulté une plaie contuse de l'extrémité du pouce, laquelle a été presque totalement arrachée. Pansé d'abord chez un pharmacien, le malade vint ensuite à l'Hôtel-Dieu où, après qu'on eut antiseptisé soigneusement la plaie avec du sublimé chaud, on fit quelques points de suture et on appliqua un pansement aseptique. Malgré ces soins, le malade fut bientôt pris de douleurs locales violentes, irradiant du côté de l'avant-bras, en même temps qu'il se produisait un gonflement de la main et du poignet, accompagné de fièvre. Cet état allant en s'aggravant de jour en jour, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment, il y a de cela quatre jours, la main droite présentait un gonflement considérable s'étendant au poignet et à la partie inférieure de l'avant-bras. De plus, des traînées de lymphangite remontaient à la face interne du bras jusqu'aux ganglions axillaires.

Actuellement, le gonflement est surtout accentué à la la face dorsale de la main, et s'y manifeste sous la forme d'un œdème mou. La paume de la main, moins tuméfiée, est néanmoins le siège d'un gonflement très appréciable, mais localisé principalement à l'éminence thénar. Il s'étend aussi au tiers inférieur de l'avant-bras, lequel offre un aspect cylindrique au lieu de sa forme aplatie. Du côté des doigts, on constate une flexion de toutes les phalanges, sauf de la dernière qui reste étendue. Cette attitude des doigts donne à la main l'aspect caractéristique d'une griffe. On peut augmenter la flexion sans difficulté, mais il est impossible de la faire disparaître et d'étendre les doigts par suite d'une certaine raideur mécanique, et surtout par suite de violentes douleurs que provoque toute tentative de redressement des doigts. Je vous ferai remarquer dès à présent que cette douleur, ainsi provoquée, est rapportée par le malade à la région du poignet et de l'avant-bras, et n'a pas pour siège les doigts fléchis.

A l'extrémité du pouce droit, il existe une plaie contuse en voie de suppuration, et contournant presque toute la circonférence du doigt, au niveau de la base de l'ongle. Cette extrémité est presque complètement détachée, et n'est maintenue en continuité avec le reste du pouce qu'à la partie externe, par un point de tissu. Le pouce est uniformément gonflé; sa face dorsale est le siège d'un œdème simple, indolent à la pression. Au contraire, à sa face palmaire, le gonflement, très douloureux à la pression, présente de la résistance ; depuis peu, on y constate une fluctuation manifeste, indice d'une collection purulente. L'œdème de la face dorsale de la main s'étend aussi sur les autres doigts. Mais, contrairement à ce que l'on observe au pouce, on ne remarque rien d'anormal à leur face palmaire. La pression sur ces doigts n'est pas douloureuse.

J'ai déjà dit que la main était gonflée dans sa totalité et que le gonflement de la face dorsale, quoique prédominant, était le fait d'un œdème mou et indolent. Au contraire, à la face palmaire, au niveau de l'éminence thénar, la tuméfaction est douloureuse à la pression, rénitente et manifestement fluctuante. A l'éminence hypothénar, il existe aussi un peu de gonflement profond, mais avec peu de douleur et pas de fluctuation.

Le poignet et l'avant-bras, dans leur tiers inférieur, sont aussi le siège d'un gonflement qui leur donne une

apparence cylindrique, mais la tuméfaction siège presque exclusivement à la région antérieure. La peau y est tendue, luisante et un peu rosée. Le long de la gouttière radiale, on perçoit de la fluctuation, principalement dans le sens longitudinal. Cette fluctuation est très profonde et difficile à bien sentir; mais en la recherchant le long de la gouttière radiale, l'un des doigts posé près du talon de la main et l'autre un peu au-dessus, on arrive à se convaincre de son existence. Le malade accuse à ce niveau des douleurs spontanées, lancinantes, et la pression provoque une vive sensibilité.

Le bras présente aussi un peu de gonflement œdémateux; on y remarque une traînée de lymphangite à la face interne, depuis le coude jusqu'au voisinage de l'aisselle. Sur ces points, il existe à peine un peu de douleur à la pression. Enfin, bien que cette traînée lymphangitique ne remonte pas jusqu'à l'aisselle, on constate la présence de quelques ganglions axillaires assez volumineux et douloureux à la pression.

Le membre supérieur, placé dans la demi-flexion et la demi-pronation, est frappé d'impotence ; les mouvements des doigts et du poignet sont entravés par la douleur que réveille le moindre mouvement qu'on leur imprime. Nous avons dit que le pouce, la main et surtout l'avant-bras sont le siège de douleurs spontanées extrêmement vives, empêchant tout sommeil. En même temps que ces lésions locales, il existe un état fébrile, médiocrement intense, et se chiffrant par 38° ou 38°,5, avec de légères rémissions matinales ; cet état fébrile s'accompagne de transpirations nocturnes.

Le malade a perdu l'appétit ; sa langue est saburrale ; il n'a pas de diarrhée. Ses urines ne présentent rien d'anormal. Enfin, l'exploration des divers organes nous montre qu'ils sont sains.

D'après l'examen du malade, ce diagnostic s'impose : il s'agit d'une inflammation aiguë du pouce, de la main et de l'avant-bras, survenue à la suite d'une plaie contuse du pouce, et qui s'est propagée par la voie lymphatique ; ce dernier point est mis hors de doute par l'existence — lors de l'entrée du malade — de traînées rouges, occupant la face interne du bras et aboutissant aux ganglions axillaires engorgés et douloureux. Il est inutile d'ajouter que la plaie contuse du pouce a servi de porte d'entrée à l'infection. Mais il ne s'agit pas, évidemment, d'une lymphangite simple ou d'un phlegmon du tissu cellulaire plus ou moins diffus. La lésion présente une localisation particulière, et se caractérise par une symptomatologie qui lui est propre; elle offre une évolution bien déterminée pendant laquelle le malade est exposé à de graves dangers, si le chirurgien par un traitement énergique ne parvient à les prévenir.

En résumant les résultats fournis par l'examen de notre malade, constatons que la phlegmasie occupe surtout trois régions : la face palmaire du pouce, une partie de la face palmaire de la main et le tiers inférieur de la région antérieure de l'avant-bras. En effet, sur ces trois points il y a de la douleur, du gonflement et de la fluctuation : celle-ci peut être également perçue au tiers inférieur de l'avant-bras, sur la face antérieure et principalement en dehors, mais cette fluctuation est très profonde, difficile à reconnaître, et il est évident que la collection purulente qui lui donne naissance est située au-dessous des muscles de l'avant-bras.

Les doigts présentent une attitude particulière ; ils sont fléchis, en forme de griffe, et, si l'on essaye de les redresser, on provoque des douleurs intenses que le malade rapporte au poignet. Ce dernier signe, d'une assez grande importance, joint aux précédents, doit nous faire penser à une participation de la gaine des tendons fléchisseurs des doigts. Nous allons voir qu'il s'agit en effet, chez notre malade, d'une synovite tendineuse suppurée, localisée principalement dans la gaine du pouce, et ayant envahi secondairement la gaine commune des fléchisseurs des autres doigts au niveau du poignet. En vous rappelant très brièvement la disposition de ces gaines tendineuses il vous sera facile de comprendre et la localisation spéciale de cette phlegmasie et son mode de propagation.

Les gaines synoviales des tendons fléchisseurs occupent la face antérieure des doigts et s'arrêtent, pour les trois doigts moyens (index, médius et annulaire), un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ce sont donc des gaines exclusivement digitales. Les gaines du pouce et du petit doigt parcourent au contraire la main, et arrivent même jusqu'à l'avant-bras, en traversant le canal du poignet. Ces deux gaines sont donc à la fois digitales, palmaires et antébrachiales.

La gaine du pouce, ou gaine radiale, reste distincte, le plus ordinairement, de la gaine commune radio-carpienne au côté externe de laquelle elle est accolée et remonte à environ 2 centimètres au-dessus du poignet. Cependant, il existe assez fréquemment une communication de cette gaine avec la gaine radio-carpienne. La gaine du petit doigt ou gaine cubitale, après avoir traversé la région hypothénar, occupe le côté interne de la synoviale commune des tendons fléchisseurs des trois doigts moyens, dans le canal radio-carpien, et remonte à 3 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du poignet, mais, contrairement à ce qui existe ordinairement pour la gaine radiale qui reste distincte de la gaine commune, la gaine du tendon du petit doigt communique toujours largement avec la gaine commune. Celle-ci, située comme les deux gaines radiale et cubitale sous la couche des muscles profonds de l'avant-bras, remonte à 3 centimètres au-dessus du poignet et descend à 2 centimètres au-dessous, atteignant ainsi à peu près la partie moyenne de la paume de la main.

Cette disposition des gaines tendineuses de la main nous fait prévoir qu'il doit exister des différences importantes dans l'évolution des synovites, suivant que l'infection porte sur les doigts du milieu, ou bien le pouce ou le petit doigt.

En effet, en ce qui concerne les doigts du milieu — index, annulaire, médius — l'inflammation de la gaine s'arrête à la base du doigt. Il n'en est pas de même pour les deux doigts extrêmes L'inflammation de la synoviale du pouce parcourt rapidement l'éminence thénar, le canal carpien et remonte au-dessus du poignet ; l'inflammation du petit doigt se comporte de même, traversant l'éminence hypothénar, le canal carpien et remontant au-dessus du poignet. En un mot, l'infection se propage dans toute l'étendue de chacune de ces gaines, depuis le doigt jusqu'au-dessus du carpe. Mais il est bien rare que la lésion reste localisée dans chacune de ces gaines. Dans l'immense majorité des cas, par suite de la communication que j'ai signalée tout à l'heure avec la gaine commune du poignet, communication qui est constante pour la synoviale du petit doigt, fréquente pour celle du pouce, l'inflammation se propage de l'une des gaines à l'autre; parfois même, à défaut de communication, le contact immédiat de la gaine du pouce avec la gaine carpienne suffit pour expliquer la propagation par simple voisinage.

Mais la disposition et les rapports réciproques de la gaine carpienne et des gaines du pouce et du petit doigt vont nous permettre de comprendre un mode d'évolution des synovites que vous observerez assez fréquemment. C'est ainsi que la phlegmasie débutant, par exemple, sur le petit doigt peut, après avoir gagné la gaine commune dans le canal radio-carpien, envahir le pouce en se propageant de haut en bas.

En d'autres termes, il n'est pas rare de voir un panaris du petit doigt s'étendre d'abord à la gaine commune radio-carpienne, puis à la gaine du pouce et vice-versa. D'où il résulte que si, comme c'est la règle, la synovite se termine par suppuration, la collection purulente présentera une étendue considérable, en même temps qu'une disposition toute spéciale. Vous trouverez, en effet, un premier foyer occupant le canal radio carpien, descendant jusqu'à la partie moyenne de la paume de la main, et remontant sous les muscles de l'avant-bras jusqu'à 3 centimètres au dessus du poignet; puis, de ce foyer commun partent divers prolongements qui suivent les éminences thénar et hypothénar et la face palmaire du pouce et du petit doigt jusque près de leur extrémité.

Chez notre malade, le phlegmon présente précisément la localisation et les caractères cliniques dont je viens de parler Le point de départ de l'infection a incontestablement été le pouce. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, il existait déjà de la fluctuation à la face palmaire du pouce, au niveau de l'éminence thénar, et enfin au poignet et à l'avant-bras, surtout à la partie externe de la gaine commune radio-carpienne; en outre, j'ai constaté de la douleur et du gonflement à la base de l'éminence hypothénar, ce qui était l'indice d'un commencement d'infection de la gaine du petit doigt. C'est donc bien la marche classique de la synovite des gaines du fléchisseur avec cette restriction que la gaine du petit doigt n'est pas encore complètement envahie Cette évolution, heureusement incomplète, est peut-être due à l'absence, chez notre malade, de communications entre les deux gaines.

En ce qui concerne le mode d'infection, il peut varier suivant les cas. Tantôt, c'est directement que l'infection de la séreuse se produit, à la suite d'une plaie ou d'une piqûre septique ayant ouvert la gaine du petit doigt ou du pouce. Tantôt, il s'agit d'une infection secondaire à une inflammation localisée dans les lymphatiques, et on s'explique aisément que cette angioleucite puisse se propager à la gaine synoviale, si l'on a égard aux rapports immédiats des lymphatiques avec la séreuse.

A une certaine époque, quelques chirurgiens ont combattu, avec Dolbeau, la théorie de la synovite tendineuse, et rapporté la symptomatologie du phlegmon des gaines exclusivement à la simple lymphangite. Cette doctrine, défendue par Chevalet (Thèse, 1875) élève de Dolbeau, ne supporte pas l'examen. Le rôle de la lymphangite se borne à ce que je viens de dire et rien de plus.

Quelle que soit la pathogénie de ces synovites du tendon fléchisseur, je vous ait dit au début de cette leçon, que la maladie était beaucoup plus rare que jadis; cela tient à ce que l'on prévient beaucoup mieux qu'autrefois l'infection des plaies des doigts par les pansements antiseptiques.

Chez notre malade, il est très probable, sinon certain, que l'infection a débuté par la lymphangite, car la plaie du pouce, point de départ de l'infection, est située près de l'extrémité du doigt, et il est douteux que la gaine ait pu être ouverte et infectée directement. D'ailleurs, chez lui, l'existence d'une lymphangite est évidente, et au moment de l'entrée on en voyait encore des traces.

On doit distinguer deux formes cliniques en ce qui concerne l'évolution et la marche de ces synovites. L'une est relativement lente et insidieuse; la suppuration demande un certain temps pour se produire, parfois même, mais rarement, elle ne se produit pas. L'autre, au contraire, présente une marche rapide et suraiguë. En quelques jours — 8 à 10 jours — on constate, comme chez notre malade, la présence indéniable d'une collection purulente.

Mais quelle que soit la forme de la synovite du pouce ou du petit doigt, ce qui importe avant tout, c'est de surveiller la gaine des tendons fléchisseurs et surtout la gaine radio-carpienne, et de rechercher avec soin la présence du pus, afin d'intervenir rapidement et efficacement. Il est parfois difficile de sentir la fluctuation avec évidence, surtout à la partie inférieure de l'avant-bras où la collection purulente est très profondément placée au dessous de la couche musculaire. Comme je l'ai dit, il faut rechercher cette fluctuation dans le sens longitudinal, en plaçant les doigts à la base du poignet et à quelque distance au-dessus.

Le pronostic de la maladie était autrefois d'une extrême gravité; cette gravité est moindre aujourd'hui, depuis l'antisepsie, tout au moins si la maladie est reconnue et traitée rapidement et énergiquement. Si, au contraire, par négligence ou par ignorance, la suppuration des gaines est méconnue, des accidents sérieux ne tardent pas à survenir: le pus rompt la gaine et se répand dans le tissu cellulaire profond, donnant lieu à un phlegmon diffus; parfois, il se propage vers les articulations du pouce et du petit doigt, ou, ce qui est plus grave, il envahit les articulations de la main et du poignet donnant lieu à une arthrite suppurée du carpe et de l'articulation radio-carpienne, etc. On conçoit que, jadis, les désordres devenaient tellement graves qu'ils conduisaient parfois le chirurgien à pratiquer l'amputation de l'avant-bras ou même du bras, quand le malade ne succombait pas à l'infection purulente. Enfin, même dans les cas bien traités, il arrive souvent que les tendons fléchisseurs se nécrosent, ou bien qu'il s'établit des adhérences étendues, d'où résulte l'impotence fonctionnelle plus ou moins complète des doigts et de la main, qui conservent l'attitude de la griffe.

L'efficacité du traitement est liée à la rapidité d'une intervention énergique et qui réponde bien aux indications. Se guidant sur les notions anatomiques que j'ai rappelées relativement à la disposition des gaines, il faut pratiquer des incisions multiples sur les points qui correspondent aux principaux foyers purulents.

Ainsi, par exemple, si c'est au pouce que s'est en premier lieu localisée l'infection, il faut l'inciser le long de sa gaine. Parfois, il suffira d'élargir la plaie initiale. Mais, le plus souvent, lorsque la suppuration a gagné toute l'étendue de la gaine radiale, deux autres incisions sont nécessaires: l'une au niveau de l'éminence thénar, et l'autre à l'avant-bras, au niveau de la gaine radio-carpienne. Si la gaine du petit doigt est envahie à son tour, elle doit être incisée en haut et en bas. En somme, lorsque les lésions sont au complet et que les foyers purulents présentent la disposition que j'ai indiquée, il faut inciser sur trois points différents: en haut, sur la gaine radio-carpienne, et en bas, sur la face palmaire du pouce et du petit doigt; souvent même il est nécessaire, pour avoir un écartement très facile, de faire une

incision sur chacune des éminences thénar et hypothénar.

L'incision pratiquée sur les doigts ne comporte pas des précautions particulières. Par contre, l'incision de la gaine radio-carpienne doit être faite suivant certaines indications. On doit inciser largement à la partie inférieure de l'avant-bras, à peu près vers son milieu.

Il importe de se souvenir qu'on doit traverser toutes les régions antérieures de l'avant bras tuméfié, et pénétrer, par conséquent, à une très grande profondeur. J'ai vu plusieurs fois des médecins s'arrêter en chemin, sans avoir atteint le pus. Il faut, d'abord, inciser au bistouri jusqu'à l'aponévrose anti-brachiale ; puis, pour éviter des lésions vasculaires ou nerveuses, se servir de la sonde cannelée pour pénétrer jusqu'au foyer.

Cette incision présente quelques inconvénients. La boutonnière ainsi pratiquée parallèlement aux muscles a une fâcheuse tendance à se refermer. Il faut donc la maintenir béante, soit avec un gros drain, soit avec une mèche de gaze iodoformée. Il est parfois nécessaire, notamment dans les collections très-étendues, de drainer du haut en bas la gaine, en faisant traverser au drain toute la collection purulente, pour le faire ressortir du côté du doigt. On doit surveiller soigneusement la main, et ne pas craindre d'inciser de nouveau si une collection purulente menace de se former secondairement sur un autre point.

Le phlegmon de la gaine une fois incisé, il faut encore pratiquer, si c'est nécessaire, des lavages antiseptiques sous formes d'irrigations quotidiennes traversant le foyer de part en part, et ne laisser se refermer les plaies des drains qu'une fois la suppuration bien tarie.

Des soins ultérieurs pourront être nécessaires pour rétablir les fonctions physiologiques de la main. Pour restituer, notamment, aux doigts leur mobilité, il faudra soumettre le malade aux différentes pratiques en usage, telles que bains, massages, mouvements passifs, électricité, etc.

MÉDECINS MILITAIRES. — Le Parlement est saisi d'un projet de loi qui tend à augmenter légèrement le personnel des médecins militaires. Cette augmentation est justifiée par la récente création de deux bataillons d'artillerie à pied, de six bataillons de tirailleurs algériens et d'un bataillon de tirailleurs tunisiens, ainsi que par la création prochaine de quatre bataillons de zouaves, d'un bataillon de tirailleurs tunisiens et de deux bataillons d'étrangers. Il faut seize médecins militaires pour assurer le service de santé dans ces divers bataillons, et il est désirable que les Chambres y pourvoient sans retard.

CONFÉRENCES SANITAIRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE. — Sur la demande de M. le Dr Bourru, directeur de l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, M. Baillet, membre correspondant de l'Académie de Médecine, vétérinaire de la Ville, inspecteur général du service des viandes, a fait, pour la seconde fois, ces jours derniers, devant les maîtres et les élèves de l'École, trois conférences pratiques « sur l'appréciation des viandes de boucherie envisagées à l'état sain et sur l'influence des conditions susceptibles d'en altérer les propriétés au point de vue de l'hygiène ».

Ces conférences, faites par le savant vétérinaire bordelais dont tout le monde connaît l'autorité et la haute compétence en pareille matière, ont vivement intéressé les futurs médecins de la marine, qui auront souvent à se prononcer dans le cours de leur carrière, sur la qualité des viandes destinées à l'alimentation des équipages et des troupes coloniales. (*Journ. de méd. de Bordeaux*.)

L'ESPRIT DES AUTRES. — « Temporiser avec un mal que l'on connaît, annonce soit faiblesse, soit incertitude, soit collusion; souffrir le mal que l'on a le pouvoir d'empêcher, c'est consentir que le mal se commette. » (J. Meslier, *Le bon sens*, 1881, p. 91.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'alcool dans les Hôpitaux.

A la dernière séance de la Société Médicale des hôpitaux, M. Toulouse, dans une très intéressante communication, a signalé le fait d'une opérée, jusqu'alors sobre, intoxiquée par le champagne prescrit à la suite de l'opération au point de rendre son internement indispensable. Les exemples de ce genre sont plus fréquents qu'on ne le pense et il est temps de réagir contre les abus de la thérapeutique par l'alcool qui, nous pouvons l'affirmer, fait de nombreuses victimes et contribue à ancrer dans l'esprit du public le préjugé de l'action fortifiante des boissons alcooliques.

Une autre erreur, d'origine médicale sans doute, mais que perpétue l'Administration hospitalière, est la distribution d'alcool au personnel des services d'isolement, pour les mettre, paraît-il, à l'abri de la contagion. Dans un hôpital d'isolement, où le service médical est assuré par sept internes, dix-sept litres de rhum seraient, dit-on, donnés chaque mois à la salle de garde ; et l'un de nos anciens camarades nous contait en riant les singulières mesures de prophylaxie administrative prises à Beaujon lors de la dernière épidémie de choléra, où chaque élève recevait comme sauvegarde une brosse à ongles et un flacon de rhum.

Comment, après cela, voulez-vous convaincre les malades d'une salle, des dangers des boissons fermentées ; comment voulez-vous que les infirmiers qui bénéficient du rhum prophylactique, soient tentés de donner à ceux qu'ils soignent l'exemple de la sobriété ?

J. N.

Canitie d'origine émotive.

Voici la simple relation d'un fait à ajouter à ceux rapportés ici même (1), et à ranger parmi les cas de chute et de décoloration consécutives ou combinées, signalés chez les animaux comme chez l'homme par divers auteurs (Yong et Thompson). B... est un paysan des Cévennes, âgé de 38 ans, vigoureux, sans tare diathésique ni nerveuse autre qu'une légère tendance à l'émotivité, rendue peu gênante par la vie calme et douce du hameau retiré où il cultive lui-même son lopin de terre. Pas de maladie antérieure autre que les habituelles pyrexies de l'enfance ; rien à noter dans son ascendance pas plus que chez ses enfants. Le sujet est de taille moyenne, bien musclé, sans obésité ni maigreur, la peau est brune, surtout hâlée par le soleil ; les cheveux, avant l'accident, étaient abondants et d'un châtain très foncé sans apparition de fils blancs même clairsemés. Un soir, il rentrait chez lui, son travail achevé, précédé à quelques pas de son mulet sur lequel était monté son fils agé de huit ans. Le sentier suivi était un raidillon très abrupt et rocailleux ; la monture glissa tout à coup sur une dalle de schiste, l'enfant dé-

(1) Note sur un cas de canitie rapide, par Ch. Féré (*Progrès medical*, 23 janv. 1897). Sur un cas de canitie unilatérale subite chez un apoplectique, par E. Brissaud, et sur un cas de canitie partielle subite suivie de canitie générale progressive, par Bourneville (*Progrès medical*, 6 février 1897). A propos de canitie, par Bourneville (*Progrès médical*, 13 février 1897).

sarçonné fut précipité et piétiné plusieurs fois par l'animal qui faisait des efforts pour ne pas s'abattre et reprendre sa stabilité. Le petit garçon n'eut d'autre mal que de profondes contusions, mais B..., qui avait vu se dérouler toute la scène, avait cru son enfant tué, et tout en courant lui porter secours il éprouva une sensation terrible d'effroi et d'angoisse, suivie de tremblement, de palpitations et de sentiment de froid et de tension dans la face et sur la tête. Dès le lendemain, les cheveux, la barbe et les sourcils tombaient en masse, si bien qu'au bout de huit jours B... était absolument glabre ; en même temps, la teinte des téguments de la tête et de la face devint plus pâle. Mais sans aucun retard, les cheveux, barbe et sourcils commencèrent à repousser, formant d'abord un léger duvet incolore, et bientôt tout le système pileux des régions dépouillées était reconstitué, mais plus fin, plus soyeux, un peu plus clairsemé et complètement blanc, ou pour mieux préciser présentant la teinte exacte des poils d'albinos. A aucun moment, les sensibilités cutanées de la tête et de la face n'avaient été altérées. Les poils des autres régions du corps n'avaient subi aucune espèce de modification.

F. Boissier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 juin 1899.

M. Hugounenq a trouvé que l'*incinération d'un fœtus humain* à terme, pesant 2 kilogr. 710, fournit 96 gr. 7556 de cendres parfaitement blanches. En ce qui concerne la composition de ces cendres, il convient de signaler les proportions respectives de chaux (40,48 0/0) et d'anhydride phosphorique (35,28 0/0) : celui-ci est en excès, et une partie de l'acide phosphorique serait à l'état de phosphate acide si les autres bases n'intervenaient pas. D'autre part, la soude prédomine sur la potasse, contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire chez les jeunes mammifères (chien, lapin, chat).

La comparaison des cendres de l'organisme fœtal avec celles du lait de la mère a donné des résultats qui vont à l'encontre de la loi de Bunge. D'après cet auteur, les cendres totales du jeune animal présentent une analogie de composition très grande avec celles du lait de la mère, la cellule épithéliale de la glande mammaire prélevant sur les sels minéraux du plasma toutes les substances inorganiques exactement dans la proportion où elles sont nécessaires au nourrisson pour se développer et réaliser l'organisme de ses ascendants. Or, il résulte des recherches de M. Hugounenq que cette loi n'est pas applicable à l'espèce humaine. La glande mammaire de la femme n'a pas le pouvoir de sélection qu'elle manifeste chez d'autres mammifères, où si ce pouvoir existe, il n'agit pas dans la même direction.

Lésions des centres nerveux dans l'épilepsie expérimentale d'origine absinthique.

M. Marinesco, en étudiant par la méthode de Nissl le système nerveux de lapins rendus épileptiques par l'injection de 0 cc., 5 à 2 cc. d'essence d'absinthe, a observé des lésions caractérisées intéressant non seulement les cellules radiculaires des cornes antérieures, mais aussi les cellules des cordons.

D'une façon générale, les altérations cellulaires sont d'autant plus intenses que l'animal a vécu plus longtemps avec des convulsions. Chez un lapin dont les convulsions ont duré quinze heures environ, on remarque une augmentation de volume des cellules radiculaires, avec chromatolyse périphérique très accentuée, tandis que chez les animaux qui n'ont survécu que de quatre à huit heures, la tuméfaction du corps cellulaire est moindre, et la chromatolyse plus discrète, étant plus souvent partielle que généralisée.

Dans le bulbe et au niveau de l'écorce cérébrale, on note également des lésions, mais moins accusées.

M. Marinesco considère ces lésions, ainsi que les désordres fonctionnels, comme le résultat d'un trouble de nutrition. Toutefois, il est probable qu'aux effets directs de l'intoxication absinthique s'ajoutent encore des phénomènes d'usure dus au fonctionnement exagéré de la cellule nerveuse.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

MM. Faure et Landouzy ont observé deux cas de *lésions cellulaires cérébrales*, d'origine très infectieuse, développées chez des malades atteints de troubles mentaux. De ces deux malades l'une avait de la tuberculose généralisée; l'autre un cancer utérin avec cachexie grave, accompagné d'attaques épileptiques. L'état mental consistait en affaiblissement de la mémoire, de l'association d'idées, de la volonté, en incohérence des opérations mentales, correspondant à la *confusion mentale* des aliénistes. Il s'agissait de deux cachectiques avec lésions des organes de dépuration (foie et rein) et signes d'insuffisance hépatique chez l'une, rénale chez l'autre : on peut penser qu'il s'agit d'empoisonnement intérieur amenant la perturbation des fonctions de l'écorce cérébrale. On observe souvent chez des malades présentant ce syndrome mental des intoxications ou des infections. Anatomiquement, aucune lésion si ce n'est une altération nette siégeant dans les cellules de l'écorce. La grande cellule pyramidale (méthode de Nissl) a perdu sa forme, est devenue globuleuse et gonflée; le noyau n'est plus central mais reporté à la périphérie, parfois fait hernie; la substance chromatophile a en partie disparu. Ces lésions ont été décrites par M. Ballet et l'auteur au cours du syndrome nommé *psychose polynévritique* souvent attribuable lui-même à des infections.

MM. Widal et Lesné ont fait une série d'*inoculations intra-hépatiques, intra-spléniques et intra-osseuses*. Ils en ont indiqué la technique qui pourra dans certains cas expérimentaux, et peut-être plus tard en thérapeutique, être appliquée.

M. Lereboullet cite un fait à l'appui de l'opinion qui donne pour cause à la cirrhose hypertrophique biliaire, une angiocholite infectieuse. Il s'agit d'un malade ayant depuis 10 mois de l'ictère à poussées successives avec hypertrophie hépatique progressive, splénomégalie, pas d'ascite, ictère foncé, urines ictériques, matières colorées. Mort subite. A l'autopsie, foie de 3 kilogs, sans obstruction apparente des grosses voies biliaires, ganglions du tube très tuméfiés. Nombreux abcès fort petits à la coupe ; histologiquement, abcès angiocholitiques et périangiocholitiques, et en outre cirrhose hypertrophique biliaire au début, caractérisée par des bandes porto-biliaires scléreuses. Tout l'épithélium est, par places, desquamé et la lumière oblitérée par des néo-canalicules assez nombreux avec cellules hépatiques ne présentant pas traces de dégénérescence. L'examen bactériologique a isolé le microbe identifié par M. Thiercelin avec l'entérocoque : il s'agit donc d'une infection ascendante des voies biliaires due à ce microbe amenant une angiocholite à marche lente; puis peu après se développent les lésions de la cirrhose hypertrophique biliaire, puis l'infection devient suppurative et la mort survient avant que la sclérose ait pu se développer.

MM. Gilbert et Weil. — L'exhalation des liquides dans les cirrhoses biveineuses et les asystolies hépatiques relève de l'augmentation de tension de la veine porte. Des men-

surations exactes de l'ascite ont permis de vérifier ce fait. Dans les ascites dues à la gêne circulatoire portale, la pression de la cavité péritonéale peut atteindre et même dépasser les plus fortes pressions observées normalement dans la veine porte.

MM. Hallion et Laran ont étudié le méta-vanadate de soude; l'acide vanadique a des effets plus actifs et plus toxiques à doses égales.

M. Richet a étudié l'action curative de la térébenthine en inhalations et en inoculations sur les chiens soumis à la tuberculose; ceux-ci ont vécu plusieurs mois de plus que les témoins.

MM. Toulouse et Raschide ont continué leurs recherches sur l'olfaction. Ce sens augmente jusqu'à l'âge de 6 ans et diminue ensuite progressivement. La femme a ce sens plus développé que l'homme.

Mlle Elmassian a isolé, au cours de la coqueluche, huit fois sur trente-deux cas un bacille fin présentant des analogies avec le bacille de l'influenza. Après recherches chez les tuberculeux et les broncho-pneumoniques, l'auteur pense que le bacille de l'influenza ne constitue qu'une variété d'un bacille commun sur la muqueuse respiratoire.

M. Frouin a séquestré l'estomac chez deux chiens soumis à un jeûne de 32 heures. La muqueuse gastrique a continué à secréter en l'absence de tout réflexe. Le liquide secrété pendant le jeûne est neutre; additionné d'HCl il digère l'albumine. Il se rapproche du suc gastrique qu'on peut extraire le matin à jeun de l'estomac humain.

Mlle Pompilian a étudié le temps des réactions réflexes musculaires chez l'escargot. Les muscles postérieurs agissent moins activement que les muscles des pédoncules oculaires. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Les animaux et le chimisme respiratoire.

MM. Robin et Binet ont étudié l'action de l'arséniate de soude et de l'arséniate de potasse chez cinq tuberculeux. Ces sels ont toujours modéré les échanges respiratoires et abaissé la ventilation pulmonaire.

Les différents sphygmographes.

M. Huchard signale la différence des tracés obtenus chez un même malade avec l'appareil de Dudjeon et par celui de Marey. L'appareil de Dudjeon donne souvent des courbes trop aiguës, avec un crochet faisant croire à une insuffisance aortique qui n'existe pas. Lorsqu'on se sert, chez les malades, d'un appareil sphygmographique, il faut donc toujours faire mention de celui qu'on a employé.

M. Marey connaît ces résultats défectueux de divers appareils enregistreurs. Il insiste sur la nécessité de ne pas chercher des amplitudes de tracé trop grandes.

Traitement des plaies de poitrine.

M. Delorme appuie les conclusions de M. Championnière sur l'immobilisation dans les plaies de poitrine. Il est, en effet, remarquable de voir avec quelle facilité les projectiles sont tolérés par les tissus dans lesquels ils ont pénétré. L'infection est rare. L'hémorragie s'arrête souvent d'elle-même sous l'influence de l'immobilisation. C'est seulement dans les cas où elle présente une gravité exceptionnelle que le chirurgien a le droit de se départir de sa conduite habituelle et de ne pas se fier à l'immobilisation seule du thorax. On est alors en droit de recourir à une intervention directe et active par la ligature, la suture et la compression de la plaie et des vaisseaux. Lorsque l'hémorragie s'accompagne d'un pneumothorax étendu, c'est encore à la compression directe et à l'occlusion qu'il faut recourir.

M. Championnière croit que même en cas d'hémorragies très graves l'immobilisation est supérieure à l'intervention.

Elections.

M. le Pr Raymond est élu membre de la section d'anatomie pathologique à la belle majorité de 71 voix sur 76 votants. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Raymond.

Splénomégalie tuberculeuse.

M. Moutard-Martin lit une observation détaillée avec autopsie de splénomégalie avec hyperglobulie rouge et leucocytose; cette splénomégalie était d'origine tuberculeuse. Cette rate bosselée présentait des foyers caséeux et de l'épaississement de la capsule, les corpuscules de Malpighi avaient complètement disparu. Le foie contenait de nombreux follicules tuberculeux non visibles à l'œil nu. Les poumons ne contenaient que trois petits tubercules crétacés, mais il y avait de la symphyse pleurale.

M. Achard présente un autre cas de tuberculose primitive de la rate. Ce malade présentait des signes de grippe, une phlegmatia alba dolens double et des phénomènes infectieux avec diarrhée. L'examen du sang révéla un sang à peu près normal sans leucocytose ni hyperglobulie. Le malade mourut; à l'autopsie, on constata une rate énorme (1 kilog. 200 gr.) avec des bosselures grisâtres. Pas de tuberculose pulmonaire, pas de tuberculose intestinale. On crut d'abord à une néoplasie maligne. Au microscope, on constatait la disparition des corpuscules de Malpighi et des noyaux qui ne se coloraient pas et avaient un aspect encéphaloïde. On découvrit en même temps des follicules tuberculeux, des cellules géantes et même des bacilles. Les ganglions engorgés ressemblaient histologiquement à la rate. L'hypertrophie de la rate tenait à des hémorragies et à de la nécrose du tissu splénique.

M. Netter trouve que les deux observations précédentes lui rappellent le cas d'un enfant atteint de pleurésie hémorragique. Les médecins crurent d'abord à un cancer de la plèvre, mais une nouvelle ponction donna du liquide séro-fibrineux. La rate, le foie augmentèrent rapidement, l'examen du sang permit de constater de la leucocytose.

M. Widal fait remarquer que l'observation de M. Moutard-Martin et celle qu'il a publiée à la dernière séance, permettent de décrire une forme spéciale de tuberculose de la rate avec masses caséeuses.

Congrès de Médecine de 1900.

M. Chauffard dépose le règlement du Congrès international de Médecine de 1900 et engage les membres de la Société à donner leur adhésion.

Rhumatisme cérébral.

M. Souques a soigné un enfant présentant des signes de rhumatisme cérébral avec délire violent. Le malade mourut. A l'autopsie, rien de particulier au système nerveux, rien aux poumons, rien au cœur à l'examen macroscopique. Néphrite aiguë manifeste. A l'examen, le liquide céphalo-rachidien, le liquide obtenu par la ponction lombaire ne contenaient pas de microbes, et d'autre part n'étaient pas toxiques. M. Souques émet avec Wassermann l'hypothèse que la cellule nerveuse a une affinité spéciale pour la toxine rhumatismale qu'elle fixe, d'où absence de toxicité du liquide céphalo-rachidien. Le jeune malade était un nerveux à hérédité nerveuse très chargée et là peut-être est la cause des accidents qui se sont manifestés.

M. Widal appuie les idées émises par M. Souques. Très souvent on appelle rhumatisme cérébral des accidents qui tiennent à des méningites secondaires, à de l'urémie ou à des accidents nerveux secondaires. Il faut revenir un peu des idées que l'on se fait sur l'action des toxines convulsivantes par action du sérum sur les cellules cérébrales. Des expériences faites avec du sérum d'épileptiques, de tétaniques, etc., injectées dans le cerveau de lapins, ont donné des résultats négatifs. Il arrive fréquemment qu'une tare nerveuse détermine les accidents convulsifs constatés dans l'urémie; il cite une observation analogue à la précédente.

Délire alcoolique post-opératoire.

M. Toulouse a soigné, à Villejuif, une malade venant d'un hôpital de Paris. Elle avait été opérée d'une cure radicale de hernie, à la suite survinrent du délire et des hallucinations diverses. La malade attribua ces accidents au chloroforme, mais M. Toulouse ne partageait pas cet avis, car la malade, à la suite de sa chloroformisation, resta assez longtemps lucide. M. Toulouse attribue au champagne, donné à la suite de l'opération, le délire. La malade, très affaiblie, avait été toujours très sobre auparavant. Un accident ayant nécessité une nouvelle intervention opératoire, M. Toulouse chloroformisa la malade, qui n'eut aucun trouble à la suite de l'anesthésie. L'alcool était donc bien seul à incriminer. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juin 1899. — Présidence de M. Pozzi

Suite de la discussion sur le traitement de la tuberculose du testicule.

M. Reynier est d'avis qu'il y a toujours intérêt à intervenir d'une façon précoce en présence de lésions tuberculeuses du testicule. Les modalités que peut revêtir la tuberculose du testicule sont si nombreuses, que le pronostic de cette affection reste souvent incertain. Telle lésion bien limitée et bénigne en apparence peut subir soudain une poussée aiguë. Enfin, étant donné que les lésions progressent le plus souvent suivant une marche ascendante, il vaut mieux ne pas attendre leur extension. A quel genre d'opération faut-il avoir recours? En présence d'une lésion bien limitée, l'épididectomie peut suffire. Mais ces résections partielles ne réussissent qu'à la condition d'être pratiquées d'une façon précoce. S'il existe de la suppuration ou de l'hydrocèle, l'infection des lymphatiques voisins est à craindre et alors la castration est le plus sûr moyen d'enlever tous les produits tuberculeux. Dans bien des cas, la castration est la seule opération rationnelle. Les troubles généraux, consécutifs à la castration, ne surviennent qu'après la castration double; la suppression d'un seul testicule n'amène aucun trouble dans l'économie. M. Reynier conclut en donnant la préférence aux opérations partielles; mais il ne faut pas rejeter de parti pris la castration, qui souvent est seule capable de procurer la guérison.

M. Bazy fait remarquer que la castration n'exerce pas toujours sur les autres lésions de l'appareil génital une influence aussi favorable que l'admettent ses partisans. Témoin le cas d'un jeune homme atteint d'orchite tuberculeuse avec cystite de même nature; bien qu'il ait subi la castration, la tuberculose vésicale n'en a pas moins continué son évolution.

M. Routier préfère aujourd'hui les opérations partielles. Il a reconnu que la castration ne suffisait pas à prévenir la récidive de l'autre côté.

M. Quénu admet aussi que le traitement économique doit être le traitement de choix: on peut, au moyen d'opérations partielles, procurer des guérisons très durables. Il faut réserver la castration à certains cas et, comme le dit Ambroise Paré, « ne pas se hâter d'enlever les couilles aux pauvres garçons ».

Fracture simultanée des deux clavicules.

M. Guinard lit une communication de M. Pluyette sur ce sujet. C'est un accident fort rare, comme l'a montré M. Poirier, bien que Hamilton l'ait observé quatre fois sur 150 cas de fractures de la clavicule. Le cas de M. Pluyette et un cas personnel de M. Guinard portent à 40 le nombre des cas observés. Le blessé de M. Pluyette s'était trouvé pris entre les moyeux de deux charrettes. Les fragments des deux clavicules menaçaient de perforer la peau. Le malade presenta un état général fort grave, 39° avec emphysème et hémorragies. Il s'améliora cependant et, le onzième jour, M. Pluyette put suturer la clavicule gauche; 38 jours après, il opéra le côté droit, où existait un cal vicieux. Le malade de M. Guinard est un tonnelier, qui, ayant été saisi dans une courroie de transmission, presentait, avec de vastes plaies, une fracture des deux clavicules. Malgré un état général très grave, il s'améliora et guérit au bout de trois mois avec deux cals volumineux.

Imperforation ano-rectale d'abord traitée par le procédé du trocart; anus artificiel au cinquantième jour.

M. Broca rapporte une observation de M. Delanglade, ayant trait à un cas d'imperforation anale. Ce n'est qu'au quatrième jour, que le médecin reconnut l'imperforation; il se servit du trocart pour mettre l'imperforé en perce; il s'écoula un saladier de méconium. Mais par la suite, l'anus se rétrécit et il se produisit un phlegmon de la fosse ischio-rectale. M. Delanglade n'eut alors d'autre ressource que de faire un anus contre nature. Il fut très difficile de distinguer l'S iliaque de l'iléon. Aussi M. Delanglade se demande-t-il s'il ne serait pas préférable de faire l'anus lombaire de Callisen. L'enfant succomba à la cachexie.

Présentations.

M. Quénu montre un malade guéri du tétanos par les injections sous-cutanées de sérum antitétanique.

M. Schwarz pratique depuis longtemps les injections préventives chez tous ses blessés et n'observe plus de cas de tétanos.

M. Loison présente un malade, porteur d'un ostéome du brachial antérieur, survenu à la suite d'une luxation du coude.

P. Rellay.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 13 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Lannelongue.

Sur quelques érythèmes prémorbilleux.

M. Deschamps, s'appuyant sur plusieurs observations d'érythèmes prémorbilleux, pense que la rougeole n'est pas une maladie à rash. Ces érythèmes prodromiques sont des accidents surajoutés, indépendants de la maladie elle-même. Celle ci jouerait toutefois le rôle de cause occasionnelle, en ce sens qu'elle exalterait la virulence des microorganismes qui sont les hôtes habituels du tube digestif (coli-bacille, streptocoque).

Sur une forme particulière d'intoxication digestive.

M. Méry fait une communication sur une forme particulière d'intoxication digestive avec constipation, vomissements incoercibles et habitus pseudo-méningitique. Ce type répond assez bien au syndrome décrit par M. Hutinel sous le nom de choléra sec. Mais ici la constipation est absolue.

Hydrocéphalie chronique consécutive à une pneumonie du sommet.

M. Guinon lit une communication de M. Leroux sur un cas d'hydrocéphalie chronique consécutive à une pneumonie du sommet.

Traitement des fractures de la rotule chez l'enfant.

M. Jalaguier lit un travail de M. Monnier sur le traitement des fractures de la rotule par la suture métallique. L'auteur a obtenu, en vingt jours, une consolidation parfaite en pratiquant chez un enfant une suture métallique des fragments rotuliens, quarante-huit heures après l'accident. L'écartement des fragments était de deux centimètres.

M. Jalaguier. — La suture est souvent contre indiquée, quand la fracture est de cause directe, avec petit écartement, sans interposition de tissu fibreux et quand les ailerons latéraux sont peu déchirés. Ces fractures se consolident très bien chez l'adulte et chez l'enfant.

M. Lannelongue n'a jamais vu de fracture de la rotule chez l'enfant.

M. Kirmisson n'en possède aucune observation.

Déviation latérale du rachis et gibbosité.

M. Kirmisson présente quelques observations à propos du fait lu par M. Sainton à la séance précédente. La concordance entre la déviation latérale du rachis et la gibbosité peut faire défaut dans certains cas. Ce sont des scolioses au début, avec peu de déformation osseuse, mais avec attitude vicieuse

due à la contracture musculaire qui masque la déviation osseuse.

Généralisation de l'infection diphtéritique chez l'homme.

M. MÉRY lit un travail de M. TOLMER concernant la généralisation de l'infection diphtéritique chez l'homme.

Cloisons congénitales de l'intestin. (Présentation.)

M. VILLEMIN présente le tube digestif d'un enfant dont le rectum est muni d'une cloison congénitale à 7 centimètres de l'anus. Au dessus de cette cloison, le calibre de l'intestin est très réduit. Ce rétrécissement se continue jusqu'à une autre cloison congénitale située à 75 millimètres au-dessus de la première.

Elections.

Sont nommés membres correspondants :
MM. DE FERREDA et MONCORVO (Brésil). H. DE R.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : P. CORNET.

XXXV. — Erfahrungen und Beobactungen über Sanose, ein Eiweisspräparat aus Caseïn und Albumose (Recherches et observations sur la Sanose, préparation albuminoïde formée de caséine et d'albumose); par le Dr BIESENTHAL (de Berlin). (*Therap. Monast.*, avril 1899.)

XXXV. — Il s'agit, d'après l'auteur, d'un aliment extrêmement important, surtout pour les malades, soit d'une préparation lactée, comprenant quatre parties de caséine absolument pure et une partie d'albumose pure. Pour apprécier ce nouveau produit, il est bon de rappeler quelques faits sur l'alimentation normale de l'homme sain.

Alimentation normale. — Comme pour l'entretien de la force, pour tout travail et toute perte de chaleur, le corps humain exige du combustible (aliments). Tout être vivant a besoin de calories, fautes desquelles il est obligé, pour conserver le mouvement, de consumer sa propre substance. Ce besoin quotidien ne se laisse pas facilement établir en schéma, en raison de nombreuses circonstances accessoires. Toutefois Rubner a fourni des données importantes, en évaluant la dépense générale de force, pour un mètre carré de la surface du corps. Voici les chiffres de dépense pour 24 heures :

Chez le nourrisson	1.221	calories.
— l'enfant	1.447	—
— l'adulte au repos	1.190	—
— — qui travaille légèrement	1.420	—
— — qui travaille beaucoup	2.400	—
— le vieillard au repos	1.099	—

Et. Voit a calculé qu'un homme de 70 kilog., fortement musclé, avait besoin de :

Albumine	118	grammes.
Matières grasses	56	—
Hydrate de carbone	500	—

Soit ensemble, de 3.054 calories. Et ce chiffre ne peut être satisfait, par l'usage exclusif de tels aliments, car alors il faudrait, pour un homme de 70 kilog. :

Viande maigre	environ.	3.115	grammes.
Lait		4.363	—
Œufs	nº	1.921	—
Salade		15.250	—

Tout aliment, pour être utilisable, doit être facilement résorbable, et à ce point de vue, il y a de grandes variations. C'est ainsi que pour la viande, il n'y en a que 2 à 2,6 0/0 qui ne soit pas résorbé par l'organisme humain; c'est ainsi que l'assimilation des hydrates de carbone oscille entre 7,4 et 1 0/0, tandis que l'albumine végétale du pain blanc n'est résorbée que dans les proportions de 30,5 à 21,8 0/0. En outre, tout aliment doit être bien supporté par l'estomac et ne produire aucun trouble, de même qu'il ne doit pas être d'un trop gros volume, pour ne pas dilater l'estomac, ni affaiblir la musculature de l'organisme.

La Sanose possède ces propriétés plus que tout autre produit alimentaire. — Un fait généralement peu connu, c'est que dans l'alimentation de l'homme, l'albumine, jusqu'à un certain point, est irremplaçable. Certains actes vitaux ne peuvent être accomplis que par des combinaisons albumineuses. La décomposition des matières non azotées, graisses et hydrates de carbone, est influencée par des états extérieurs et internes du corps, par le repos et le travail, tandis que les efforts physiques les plus grands ne modifient pas, chez l'homme sain, les échanges albumineux.

La plupart des maladies, spécialement les fébriles, sont liées à une consommation d'albumine. D'abord le corps use sa graisse, avec une très faible quantité d'albumine, vient ensuite l'albumine des muscles, puis celle du sang dans sa composition globale comme dans le sérum.

La nature nous offre trois sources principales d'albumine : la viande, les plantes et le lait. La première contient le plus d'albumine, mais son prix élevé ne permet pas aux classes pauvres d'en ingérer suffisamment pour couvrir les dépenses d'albumine. De plus, il est difficile, pour des raisons de technique et de prix de revient, d'isoler l'albumine de la viande, pour l'offrir comme aliment aux bien portants et aux malades. Il en est de même pour l'albumine des poissons et des œufs.

Les végétaux, soit les céréales et les légumineuses, présentent une albumine qui leur est propre; mais pour suffire aux besoins en albumine, l'usage en est impossible, car il faudrait des quantités de végétaux beaucoup trop grandes. En outre, il est également difficile d'isoler et de présenter à l'état pur l'albumine végétale. On a parlé beaucoup, ces temps derniers, d'un nouveau produit albumineux, le *Tropon*, lequel ne paraît offrir d'avantage que son prix peu élevé (1); il est insoluble, a goût de sable, et se montre inférieur à la *Nutrose* et l'*Eucasine*.

Ainsi donc, comme source convenable d'albumine, il ne reste guère que le lait, et en particulier le lait de vache. Rubner, qui a essayé les divers effets des diverses albumines, arrive à cette conclusion : que la nourriture animale exclusive ne convient pas bien sous forme de viande et d'œufs; qu'au contraire la diète lactée présente le très grand avantage de constituer une alimentation liquide, acceptable en toutes circonstances. Mais pour l'adulte, qui n'a pas besoin de beaucoup d'albumine, le lait est trop riche en cet élément. Pour suffire au besoin de 2.400 calories, il faudrait 3.410 cc. de lait, avec environ 140 grammes d'albumine; et pour 3.080 calories (fort travail), on aurait besoin de 4.380 cc. de lait, avec, en chiffres ronds, 180 grammes d'albumine.

Tous ces inconvénients de l'alimentation albumineuse par le lait peuvent être évités, sans supprimer les avantages du lait, si nous couvrons les besoins d'albumine, non plus par le lait, mais par la caséine. Celle ci appartient, comme corps albuminoïde pur, aux produits d'activité cellulaire spécifique, et n'a été jusqu'ici, trouvée avec sûreté que dans les glandes mammaires. Grâce à cette origine, la caséine est facilement extraite du lait, dans les meilleures conditions d'identité. L'adulte ne peut adopter pour longtemps l'usage du lait, en raison de la grande quantité d'eau (80-90 0/0) que l'estomac ne pourrait digérer, en même temps que la lactose pourrait produire des troubles digestifs.

La caséine est-elle bien digérée? bien résorbée? comment a-t-elle les fonctions de l'albumine? La résorbabilité de cette substance a été démontrée par Salkowski, Rœhmann, et par toute une série de recherches, physiologiques, chimiques et cliniques. De plus, la caséine a une autre propriété qui augmente de beaucoup sa valeur; c'est qu'elle renferme une combinaison organique phosphorée, probablement sous forme d'acide paranucléique. Or, les substances albuminoïdes phosphorées favorisent l'assimilation du phosphore et de l'azote. Les noyaux cellulaires sont principalement formés d'une matière albuminoïde phosphorée, la *Nucloprotéide*; de sorte qu'un individu qui croît et forme des cellules, doit nécessairement créer la nucloprotéide propre aux cytoblastes. Maintenant, la caséine est une poudre très blanche, presque insipide, poussiéreuse et peu dense. De plus, elle ne rancit nullement, quand elle est bien privée de graisse. Mais la forme poussiéreuse et le volume assez grand, offrent en fait une certaine

(1) S. *Münch. medic. Wochen.* 1898, nº 31

difficulté pour l'emploi de la caséine chez l'homme. C'est pourquoi Salkowski a proposé, sous le nom d *Eucasine*, le sel ammoniacal de la caséine, dont les malades ne peuvent supporter longtemps l'usage (Biesenthal). Il en est de même de la Nutrose, ou carbonate acide de soude et de caséine. L'Eucasine et la Nutrose ont bien sur la caséine l'avantage d'être solubles dans l'eau, et de ne pas s'agglomérer si on les verse dans de la soupe chaude, mais elles présentent l'inconvénient, comme un autre produit, la Caséone, d'être des préparations chimiques. Au contraire, la Sanose est un mélange de caséine lactée pure, associée à une petite quantité d'albumose pure. Ce mélange est fort heureux. En effet, il est établi expérimentalement que l'addition d'albumoses à la caséine peut maintenir cette dernière en émulsion et la faire précipiter en fins et légers flocons. L'acide gastrique montre plus d'affinité pour l'albumose, au profit de la digestion caséique. Il résulte des recherches de Biesenthal, que la Sanose est particulièrement précieuse dans les maladies où il y a perte exagérée d'albumine. La Sanose l'emporte sur les diverses peptones; elle le doit sans doute, à ne pas être un composé chimique, mais un simple mélange de Caséine et d'Albumoses, dans les proportions de 4/5 de la première et 1/5 des autres.

XXXVI. — Ueber die Wirkungen und die Indicationen der Traubenkur. (Effets et indications de la cure de raisin), par le Dr LAQUER (de Wiesbaden). *Zeitsch. für diätetis. und physik. Thérap.*, 1899.

XXXVI. — En général, et en dehors de tout état pathologique, deux à trois livres de raisins représentent une nourriture ni excitante ni surchargeante pour l'organisme, et de digestion facile, et dont la valeur combustible, sous forme d'hydrates de carbone par le contenu en sucre, est de 300 à 600 calories, c'est-à-dire, suivant le poids et le travail d'un homme, le douzième ou le quart du matériel nécessaire par jour. En plus grande quantité, les raisins perdent leur absence d'excitation, sans gagner en valeur combustible. Car l'excitation est due au suc du raisin sur le canal intestinal, dont le péristaltisme augmenté fait perdre à l'organisme, en aliments, ce que le surplus de raisin y avait introduit. Au contraire, des quantités faibles étanchent la soif, produisent une légère action diurétique, abaissent l'acidité de l'urine ainsi que l'élimination de l'acide sulfurique d épargne.

Il y a indication de la cure de raisin, dans les maladies de la nutrition : diabete, obesité, goutte, qui sont considérées par Ebstein comme des troubles du protoplasma cellulaire, et qui ont tant de traits communs, au point de vue diététique. La cure de raisin est aussi recommandée sur la lithiase rénale, le mal de Bright (Senator), les dyspepsies nerveuses, avec ou sans hyperacidité. De même aussi, contre la constipation, les hémorroïdes, et aussi dans la diarrhée par atonie nerveuse, en raison du contenu tannique des enveloppes du raisin. Le faible contenu en fer permet d'employer le raisin dans l'anémie, la chlorose. Enfin, dans la cirrhose du foie, cette cure est à recommander.

Telles sont, à peu près, les indications qui ont une base physiologique ou empirique. La variété apparente se ramène à deux moments : à l'importance de faibles quantités (2 à 4 livres) qui épargne l'albumine, et l'importance de grandes quantités, qui par excitation du péristaltisme, par augmentation de la perte d'eau, par faible profit de la nourriture, conduisent à l'amaigrissement, ainsi qu'à la deshydratation et au drainage de l'organisme. Les deux facteurs agissent, en outre, par action pondératrice sur le système uropoiétique, en particulier sur la fonction rénale.

Mode d'administration. — Les raisins, non trop froids, doivent être nettoyés et mangés lentement. La saison est : septembre, octobre, novembre.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — La chaire d'hygiène et thérapeutique est supprimée et il est créé une chaire d'histologie, M. le Dr Bodin, professeur d'hygiène et thérapeutique, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. H. Thomas, décédé.

REVUE

DE JURISPRUDENCE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LIBMIN LIPMAN, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel.

—

III. — Demandes d'honoraires.

III. — Enregistrons une intéressante décision de jurisprudence, relative à une demande d'honoraires. Une dame, atteinte de goitre exophtalmique, avait recouru aux soins de divers médecins, mais sans succès. Le Dr X..., auquel elle s'adressa en dernier lieu, recommanda l'électrisation du grand sympathique par les courants continus et l'essai des injections sous-cutanées de suc thyroïdien. A la suite de ce traitement la malade se sentit soulagée. Le médecin lui adressa sa note d'honoraires, qui se montait à 380 francs : quatre visites simples à 5 francs, et trente-six visites avec intervention spéciale à 10 francs.

La malade proposa une réduction de 180 francs sur la note primitive. Le Dr X... plaida. Le juge de paix saisi de l'affaire ordonna une expertise, et se fondant : 1° sur ce que la note n'avait rien d'exagéré, les injections thyroïdiennes n'ayant pas été comptées et les visites étant demandées à heure fixe sur rendez-vous; 2° sur ce qu'aucune faute ne pouvait être relevée à la charge du médecin, condamna Mme X... à payer à son médecin 350 francs.

Dans ces conflits entre médecins et malades, qui sont souvent des conflits d'amour-propre, certaines personnes traitent les carrières libérales avec une désinvolture que les médecins n'acceptent pas avec raison; la jurisprudence tient compte pour l'évaluation des honoraires de la situation du malade et du renom scientifique du médecin traitant. Ici on ne comprend pas très bien la réduction de 30 francs, opérée par le juge de paix, puisqu'il avait reconnu le bien fondé de la demande.

IV. — A propos du secret professionnel.

La conférence des avocats de la Cour d'Appel de Paris a discuté et adopté la question suivante :

« La publication dans un ouvrage par un médecin des observations faites sur une personne traitée à l'hôpital constitue le délit de violation du secret professionnel prévu par l'art. 378 du Code pénal. » *La Gazette des hopitaux* du 3 juin rapporte à ce sujet des faits intéressants : le cas du médecin d'un peintre distingué qui, après le décès de ce dernier, rectifia le diagnostic erroné publié par un journal, voulant éviter des propos mensongers portant atteinte à la mémoire du mort. La chambre civile de la Cour de cassation a déjà adopté cette manière de voir. « La chambre civile de la Cour de cassation, sur le rapport du conseiller Falcimaigne, la plaidoirie de Me Gosset et les conclusions conformes de l'avocat général Desjardins, vient de casser un arrêt de la cour de Paris rendu au profit d'une compagnie d'assurances sur la vie, parce que cet arrêt s'était fondé, pour déclarer l'assurance nulle, sur la déclaration recueillie, au cours d'une enquête, d'un médecin qui avait révélé que l'assuré, auquel il avait donné ses soins, était atteint d'une maladie déterminée. »

Nous rappellerons à ce propos la condamnation du Dr Aubry qui avait naguère, dans un but absolument scientifique, publié l'histoire authentique d'une famille de dégénérés et de criminels. Bien que la question de secret professionnel ne soit pas ici en jeu, ce fait vient à l'appui de l'opinion de la Gazette des hopitaux qui recommande beaucoup de prudence dans la publication des observations médicales.

Le secret professionnel doit être pris dans son acception la plus vaste. Cependant, s'il faut en croire la *Semaine médicale* (14 juin 1899), la déclaration faite à l'instruction par un médecin ne constitue pas toujours une violation du secret professionnel, et la preuve en est que, dans son audience du 9 juin 1899, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a décidé que « ne saurait être considérée comme constituant une violation du secret professionnel la déposition d'un médecin, entendu à l'instruction, qui, à la demande du père de l'accusé, s'est borné à déclarer que, depuis telle année, il avait été, à plusieurs reprises, appelé à donner ses soins à toute la famille du

dit accusé, mais qu'il lui était impossible de se rappeler quels étaient ceux des enfants qui étaient décédés et à quel genre d'affection ils avaient sucombé; qu'il lui semblait se souvenir vaguement que l'un de ces enfants, sans pouvoir indiquer lequel, cela datant déjà de longtemps, avait dû succomber à des accidents méningitiques ».

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de quelques affections oculaires; par le Dr Berry. (*Edimburgh Medical Journal*, mai, juin, juillet 1898.)

L'auteur étudie à un point de vue essentiellement pratique les affections des yeux les plus communes et indique le traitement rationnel que tout praticien doit savoir leur opposer. Maladies de la conjonctive, de l'iris, des paupières sont successivement passées en revue.

Avant d'aborder l'étude des conjonctivites, l'auteur fait remarquer que la conjonctive présente à l'état normal de grandes différences d'aspect, d'épaisseur, de vascularisation. On peut voir l'aspect des vaisseaux varier d'un moment à l'autre chez le même individu, sous l'influence de causes locales ou générales (lumière trop vive, fumée, émotions, indigestion). Inversement la conjonctive est très pâle dans l'anémie. Faute de connaître ces variations physiologiques on s'expose à y voir des altérations pathologiques. La conjonctive présente une surface plane et lisse; elle présente cependant au niveau de la paupière inférieure de petites saillies irrégulières; ces saillies, formées de tissu lymphoïde, sont très développées chez l'enfant; l'auteur propose de désigner sous le nom de *folliculosis* cet état qui n'a rien de pathologique.

La *congestion de la conjonctive* persistante est un état fréquemment observé. Elle tient souvent à des causes d'irritation locale (gaz irritants, poussières, lumière trop vive); c'est dire qu'elle est souvent professionnelle. Certains troubles de réfraction peuvent aussi la produire : la compression de la cornée, produite dans l'astigmatisme par la correction, dans la myopie par le clignement des paupières congestionne la conjonctive.

Parfois la congestion conjonctivale est liée à un état d'hyperémie du naso-pharynx. Plusieurs causes générales, intoxications, diathèse urique, constipation peuvent aussi le produire. C'est surtout quand elle est causée par des troubles de réfraction que la congestion augmente sous l'influence de la lecture. Le traitement consiste d'abord à supprimer les causes d'irritation. Les lotions boriquées chaudes sont utiles. On prescrira le port de verres noirs de préférence aux verres bleus; ceux-ci n'arrêtent pas assez les rayons chimiques, qui sont irritants. Il faut remédier aux troubles de réfraction quand ils existent. On soignera l'état général par un régime approprié. Il faut surtout être très sobre d'applications locales; on a souvent tendance à abuser des lotions astringentes et ce traitement a souvent pour effet de faire persister la congestion.

La *conjonctivite aiguë* offre des degrés bien divers; suivant la nature des sécrétions, elle est muco-purulente ou purulente; on observe alors du gonflement des paupières, de l'œdème sous-conjonctival, dit chemosis. La conjonctivite muco-purulente tend à guérir seule en quelques jours. L'emploi précoce d'astringents, tels que alun, sulfate de zinc, est souvent cause qu'elle se prolonge. A la période aiguë, il faut avant tout éviter un traitement énergique. Il faut se contenter d'enlever les sécrétions au moyen d'irrigations d'eau boriquée chaude, pratiquées avec une canule en verre que l'on glisse sous les paupières; le liquide s'écoule d'un bock placé à la hauteur voulue. Dans les cas graves, il faut recourir au nitrate d'argent à 2 0/0. On évitera le sublimé. On mettra le malade à l'abri d'une lumière trop vive, sans qu'il soit nécessaire de le mettre dans une chambre noire.

La conjonctivite *chronique* présente bien des degrés. Chez les vieillards elle tient souvent à la malpropreté. Souvent elle n'a d'autre cause que le traitement employé. L'abus des lotions astringentes des compresses humides, du bandeau entretient la conjonctivite. Aussi, avant d'entreprendre un traitement, faut-il supprimer toutes les causes d'irritation. Les cas légers guérissent seuls. Dans les cas graves, rien ne vaut les sels de plomb (solution d'acétate de plomb). On examinera avec soin l'état des voies lacrymales et du naso-pharynx.

La *blépharite* tient à des causes diverses. Chez l'enfant, on observe la forme strumeuse associée souvent à la conjonctivite phlycténulaire. Chez l'adulte, elle est souvent liée au catarrhe chronique des voies lacrymales. La blépharite herpétique survient chez des sujets eczémateux. Le traitement consiste à supprimer toutes les causes d'irritation locale. Il faut enlever les croûtes et épiler tous les poils qui semblent malades. En cas de suppuration, toucher les ulcérations au nitrate d'argent à 5 0/0. Appliquer ensuite des compresses imbibées d'une solution de sous-acétate de plomb à 1/2 0/0. Au bout de quelques jours, on prescrit la pommade au précipité jaune. Souvent les tissus sont très infiltrés et comme alors les follicules des cils sont irrémédiablement détruits, il ne faut pas hésiter à déterger les ulcérations à la curette. Aux strumeux on donnera des toniques généraux, huile de foie de morue et iodure de fer. Dans les cas de blépharite moins intenses, mais rebelles au traitement ordinaire, l'attention doit se porter du côté des voies lacrymales; on recherche si la pression sur le sac fait sourdre une goutte de muco-pus. La forme eczémateuse, caractérisée surtout par l'hyperémie du bord libre, se trouve bien de l'emploi de l'oxyde de zinc.

L'orgelet est un furoncle du bord palpébral; il a sa cause dans une infection des glandes sébacées. Comme traitement palliatif et prophylactique, on prescrira des compresses imbibées d'une solution d'acétate de plomb à 1 0/0 ou d'alun à 4 0/0. Quand l'abcès est mûr, on l'incise. Certains arthritiques, sujets aux orgelets, se trouvent bien de l'emploi d'une pommade au nitrate d argent.

L'ectropion est tantôt d'origine inflammatoire, tantôt d'origine cicatricielle. Dans le premier cas, il s'améliore presque toujours par le traitement. L'ectropion s'observe surtout chez les vieillards à la paupière inférieure. Il se forme lentement, à la suite d'une blépharite ou d'une conjonctivite négligées. A la suite d'un travail d'inflammation chronique des tissus, les fibres de l'orbiculaire s'altèrent et ne sont plus aptes à soutenir le bord palpébral qui se renverse.

L'épiphora partiel qu'on observe alors tient au déplacement du point lacrymal. Dans les cas légers, il faut enlever les croûtes, badigeonner au nitrate d'argent et cathétériser le conduit. Dans les cas très avancés, deux procédés sont en présence, l'opération de Snellen, et d'autre part, une autre opération à laquelle l'auteur donne la préférence et qui consiste à exciser un lambeau triangulaire dans l'épaisseur de la paupière. La restauration s'obtient plus rapidement par ce procédé.

L'auteur étudie ensuite le traitement de l'*ectropion* et du trichiasis : il donne la préférence au procédé de Panas.

P. Rellay.

Leçons sur les maladies du système nerveux, deuxième série; par Brissaud. (Paris, 1899, Masson, éditeur.)

Réunissant ses leçons professées à l'hôpital Saint-Antoine, l'auteur continue les cliniques qu'il avait professées jadis à la Salpêtrière. Consacrées à des sujets très divers, ces leçons sont intéressantes par leur originalité, par leur actualité et par la netteté avec laquelle l'auteur expose les sujets les plus délicats.

Depuis quelques années, l'introduction de la théorie du neurone a singulièrement changé certaines conceptions de la neuropathologie. Aussi M. Brissaud consacre-t-il ses deux premières leçons à l'exposé complet des dernières acquisitions de la science sur ce sujet, tant sur ce qui concerne l'anatomie et la physiologie, que l'anatomie pathologique du neurone.

A Brissaud est dû l'introduction dans la neurologie de la métaneurie. Depuis longtemps déjà il a publié des leçons sur ce sujet; à plusieurs reprises il en a montré l'exactitude et l'importance. Rapportées les unes des autres en un faisceau compact, ces leçons n'acquièrent que plus de force convaincante. On sait les belles recherches de Brissaud sur le zona et les preuves qu'il a donnés de son origine spinale. C'est à propos du zoster que Brissaud expose la métaneurie spinale. Il compare le zona secondaire aux affections de la moelle au zona dit essentiel et montre les analogies de topographie qui

existent entre ces deux variétés. Puis il étend l'étude de la métamérie ; il montre son existence dans les affections médullaires, en particulier la syringomyélie, les affections cutanées, les trophonévroses. Cette connaissance de la métamérie spinale éclaire certaines questions encore obscures ; elle rapproche entre eux des faits qui jusque-là semblaient isolés, et permet de dégager la loi générale qui les régit. Pour ce qui concerne le zona, il faut faire remarquer que l'auteur a soin de bien indiquer que si la métamérie spinale explique le plus grand nombre des observations, d'autres relèvent bien d'une lésion ganglionnaire. Toutes ces leçons, pleines d'aperçus et de rapprochements neufs et originaux, méritent d'être lues et méditées.

Le terme de myélite transverse est couramment employé en clinique et cependant on en chercherait en vain la description dans les ouvrages spéciaux. Brissaud lui consacre une leçon très étudiée.

La myélite par compression peut se traduire par une paraplégie flaccide; le fait n'est pas douteux, mais son interprétation est difficile ; pour Brissaud la flaccidité relève d'une altération des muscles, des nerfs, des racines ou de la substance grise de la moelle.

Aux affections spinales, l'auteur consacre les leçons suivantes : les paralysies à type radiculaire de la syringomyélie, le double syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis spinale, dans la compression de la moelle.

Longtemps après une attaque de paralysie infantile, l'atrophie peut appesantir sur un autre segment du corps et évoluer pour son propre compte. Brissaud fait une étude très complète de ces atrophies secondaires de la paralysie infantile. Ces atrophies relèvent de poliomyélites où l'infection n'est que la cause occasionnel e et où la débilité congénitale de la moelle est l'élément pathogénique le plus important.

Après une étude des réflexes cutanés et du réflexe du fascia lata en particulier, Brissaud consacre deux leçons à la paralysie pseudo-bulbaire cérébrale, et soutient la théorie optostriée. Cette leçon l'amène naturellement à l'étude des syndromes bulbaires. A une lésion bulbaire, Brissaud rattache le pouls lent permanent; le syndrome de Stoks Adam est fonction d'une lésion protubérantielle intéressant le nerf de la dixième paire à son origine.

L'hémiatrophie faciale progressive n'est qu'une des formes des trophonévroses céphaliques ; et l'hémiatrophie cranio-faciale constitue un syndrome que la clinique permet de dissocier. Mais la cause en reste bien obscure et si le sympathique peut être lésé primitivement, souvent aussi sa lésion est consécutive à une altération des centres médullaires. C'est encore à une lésion du sympathique primitive ou secondaire, que doit se résumer la pathogénie de la sclérodermie.

Tous les cas d'infantilisme ne répondent pas à un type uniforme. Beaucoup de cas d'infantilisme sont des cas de myxœdème fruste : c'est l'infantilisme myxœdémateux ; sa pathogénie et son traitement se confondent avec la pathogénie et le traitement du myxœdème. D'autres appartiennent au type de Lorrain, où l'individu, débile, grêle, petit, est un adulte fixe dans sa petite taille par une ossification prématurée des cartilages ; cet infantilisme résulte d'un trouble de nutrition, c'est l'infantilisme anangioplasique. A ces deux types principaux se rattachent des types moins importants relevant d'un vice de nutrition, quelle que soit d'ailleurs la cause de celui-ci : cachexie, lèpre, impaludisme, etc.

La porencéphalie est une des causes les plus fréquentes de l'hémiplégie cérébrale infantile et le diagnostic doit se faire avec l'atrophie cérébrale, la sclérose cérébrale, l'hémorragie et le ramollissement.

A côté du myxœdème thyroïdien où les symptômes de dépression psychique sont d'une absolue constance, Brissaud s'efforce d'établir l'existence du myxœdème parathyroïdien caractérisé par l'intégrité absolue des aptitudes psychiques.

La polyurie nerveuse est le plus souvent de nature hystérique, et souvent elle est la seule manifestation d'une hystérie latente ; mais souvent aussi elle n'est qu'un syndrome épisodique de la dégénérescence; et la dégénérescence est le fonds capital de la polyurie nerveuse.

Brissaud consacre sa dernière leçon à l'étude de la chorée variable des dégénérés. Il s'agit d'une chorée spéciale, changeante, variable à tous égards, différente des autres chorées, essentiellement mobile, changeante et ne reconnaissant d'autre loi que l'imprévu.

Il nous est impossible de donner une idée aussi exacte que nous l'aurions désiré, de ce volume où sont traités les sujets les plus divers, et qui par sa nature même défie toute analyse. Il nous suffira de dire, et c'est le plus grand éloge que nous puissions en faire, que l'on y trouve à chaque page les caractères de clarté, de précision et d'autorité scientifique du brillant professeur de la Faculté de Paris. Ch. MIRALLIÉ.

Les troupes coloniales. Maladies du soldat aux pays chauds ; par F. BUROT et M.-A. LEGRAND.

Livre essentiellement de statistique, sa lecture est profitable et intéressante, parce que la France occupant un rôle de premier ordre comme puissance colonisatrice, il importe de connaître non seulement les obstacles que l'homme oppose à l'expansion de l'influence française dans le monde extra-européen, mais aussi ceux que lui présentent le climat et toutes les maladies exotiques à notre zone. C'est la tâche que MM. Burot et Legrand, médecins de la marine, se sont proposés de remplir en signalant la mortalité causée à nos troupes coloniales par le *paludisme*, la *diarrhée* et *dysenterie*, *l'hépatite*, le *choléra*, la *fièvre jaune*, la *fièvre typhoïde*, la *tuberculose*, les *traumatismes*, les *accidents* et *blessures de guerre*, et d'autres *maladies diverses*. D'une étude aussi détaillée, il en résulte que la mortalité dans l'armée coloniale serait de 42,95 pour 1.000 hommes, mortalité qui dans la même période de cinq ans compris, de 1891 à 1895, tomberait à 11 pour 1.000 dans la flotte et à 6 pour 1.000 dans l'armée métropolitaine. Cette haute mortalité est répartie d'une manière inégale entre le Soudan, avec une moyenne de décès de 107 pour 1.000 ; le Tonkin et le Bénin avec 43 et 44 respectivement ; le Sénégal avec 28,6 ; la Cochinchine avec 21 pour 1.000. A la Réunion, la Martinique, la Guyane, la mortalité est à peine double de celle de la France. A Taïti les décès sont déjà inférieurs à la moyenne métropolitaine. A la Nouvelle-Calédonie, la mortalité est de 11 pour 1.000, nonobstant d'être un pays salubre ; mais ce médiocre état sanitaire tient, d'après les auteurs, à la concentration à Nouméa, qui est la localité la moins saine de la colonie.

De toutes les maladies tropicales, le paludisme est celle qui cause le plus grand ravage dans nos troupes : (le Soudan 76,45 0/00 ; Madagascar 75,99 0/00 ; Bénin 25,46 0/00), malgré qu'aux Antilles il a disparu presque complètement parmi les troupes régulières, depuis que celles-ci occupent les hauteurs, et qu'il n'existe pas à la Nouvelle-Calédonie et à Taïti.

Ainsi nous croyons fondée la conclusion suivante des auteurs : « L'insalubrité des pays chauds se rattache plutôt à l'influence des foyers telluriques qu'à une incompatibilité réelle entre le climat et les nouveaux venus. La puissance de l'homme doit s'exercer à détruire la cause morbide inhérente au sol. » URRIOLA.

Apoplejia Cerebral ; par L. Codina CASTELLVI. Un superbe volume grand in-8 de 560 p. avec graphiques, tableaux et cartes en couleurs. (Barcelone, L. Tasso 1899.)

Cet important ouvrage a été inspiré par la fréquence extrême de l'apoplexie en Catalogne, où cette affection est désignée par le terme populaire de « *feridura* », dont la traduction exacte est *coup qui blesse*; l'idée de blessure indique le résidu pathologique laissé par l'attaque (paralysie), par opposition à « *cap de sangs al cap* » ou simple congestion cérébrale qui ne laisse aucun résidu. Le mot feridura sert donc à déterminer ce que l'auteur entend par apoplexie cérébrale. Bien que divisé en cinq parties et en nombreux chapitres, le livre de M. Castellvi peut être envisagé comme formé de deux portions. La première est un traité pathologique de l'apoplexie cérébrale aussi complet, aussi touffu, aussi rigoureusement documenté qu'il est possible de le rêver. Tel chapitre, comme l'historique ou comme la thérapeutique, formeraient à eux seuls un volume intéressant, sans oublier celui intitulé : étiologie nosologique. Il y a là un véritable travail de bénédictin, car l'auteur n'a voulu laisser échapper ni une indication bibliographique, ni une forme ou

une variété de l'affection qu'il étudie. La seconde portion plus personnelle et originelle est l'histoire de l'apoplexie en Catalogne, celle-ci est le fruit d'investigations aussi perspicaces et aussi patientes que démonstratives. Il y a là de quoi satisfaire non seulement les neurologistes, mais aussi les nosologistes et les hygiénistes ; on y voit l'apoplexie présenter un coefficient de 100 pour 1.000 sur la totalité des décès à Barcelone, alors qu'à Malaga par exemple elle n'atteint que 17 pour 1.000 ; aux Baléares, à Gerone, à Tarragone 60 pour 1.000; et à Madrid 50 pour 1.000; certains villages de Catalogne dépassent même de beaucoup 100 pour 1.000, et les décès par feridura y constituent jusqu'au tiers de la mortalité générale. Les hommes sont plus souvent frappés que les femmes et surtout de 70 à 80 ans, les ouvriers et les paysans sont plus souvent atteints que les bourgeois, la plus grande fréquence est en hiver. Les causes de toutes ces particularités sont soigneusement recherchées et discutées. Cet ouvrage est bien un des plus complets et des plus importants qu'on ait écrits sur l'apoplexie cérébrale, il est en tout cas actuellement le plus au courant, et tout neurologiste devra le connaître. F. BOISSIER.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.



M. LE Pr F. RAYMOND
Membre de l'Académie de Médecine.

Dans sa séance de mardi dernier, l'Académie de Médecine a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique : M. F. RAYMOND a été élu par 71 voix sur 80 votants. Nous sommes heureux du succès si bien mérité de notre ami et dévoué collaborateur (1873-1899). Nous terminions ainsi la notice biographique que nous lui avons consacrée lors de sa nomination comme professeur de clinique des maladies nerveuses en 1894 (1) :

« Nous sommes persuadé que F. Raymond occupera dignement la chaire de clinique nerveuse à laquelle viennent de l'appeler, à la presque unanimité, les professeurs de la Faculté de Médecine; qu'il continuera les traditions de notre illustre Maître, c'est-à-dire que les médecins étrangers trouveront à la Salpêtrière, de sa part, le même bon accueil ; qu'il saura attirer autour de lui les étudiants laborieux, en mettant généreusement à leur disposition les richesses scientifiques de la clinique de la Salpêtrière. Et nous espérons qu'il poussera encore au delà les traditions hospitalières du Maître. »

Nos prévisions se sont complètement réalisées à tous les points de vue. Son cours à la Salpêtrière est l'un des plus suivis. Les médecins étrangers s'y rendent comme autrefois, et la science y est toujours cultivée avec ardeur, et par le professeur et par les nombreux élèves qu'il a su grouper autour de lui. Depuis qu'il a pris possession de sa chaire, il a publié de nombreux travaux dans la plupart des recueils de médecine, notamment dans les *Archives de Neurologie*, dans le *Progrès médical*, dans la *Nouvelle iconographie phothographique de la Salpêtrière*. Tous les ans, il a publié ses leçons qui forment aujourd'hui trois volumes d'un grand intérêt, non seulement au point de vue scientifique, mais encore au point de vue pratique. Aussi, les portes de l'Académie de Médecine se sont-elles facilement ouvertes devant lui. Et c'est justice.
B.

(1) Voir le *Progrès médical*, t. XIX, p. 348.

VARIA

Congrès de la tuberculose à Berlin.

Dans une lettre publiée dans le *Temps* du 8 juin 1899, M. Thoinot, un des délégués officiels au Congrès de la tuberculose, résume les travaux de ce Congrès et les conséquences qui peuvent en résulter. M. Thoinot rappelle que l'initiative de la prophylaxie de la tuberculose dans les hôpitaux revient à notre pays; il expose en quelques lignes l'accueil particulièrement cordial et déférent fait à la délégation française dont le chef, M. Brouardel, fut à diverses reprises vivement acclamé et fut désigné à la fin du Congrès comme porte-parole de tous les délégués étrangers lors des toasts clôturant la session. Il aborde ensuite en ces termes l'étude critique des méthodes adoptées par les Allemands pour le traitement de la tuberculose :

« La doctrine régnante en Allemagne peut se formuler ainsi : le traitement spécifique de la tuberculose, c'est le séjour au sanatorium, et l'Allemagne se couvre de sanatoria qu'il faut immédiatement diviser en deux catégories, les sanatoria pour riches et les sanatoria pour pauvres. Les sanatoria pour riches ont des représentants multiples et de plus en plus perfectionnés, depuis le type créé à Falkenstein par Detweiler. Je n'ai jamais cru, je ne suis pas le seul à ne pas croire que l'envoi au sanatorium fût la seule formule du traitement de la tuberculose ; mais il faut avouer que, si l'on place la question sur ce terrain (et les avantages des sanatoria sont certains, même sans les exagérer), la France pourrait facilement rivaliser avec l'Allemagne et la surpasser même dans ses sanatoria pour riches. La France a tout ce que l'Allemagne possède, elle a en outre ce que n'a pas l'Allemagne, ce qu'elle ne peut avoir. Que la France sache installer méthodiquement des sanatoria perfectionnés soit dans les régions de demi-altitude qui abondent chez nous, soit sur la côte de la Méditerranée ; qu'elle fasse pour ces établissements la propagande habile que fait l'Allemagne pour les siens, et elle détournera certainement le courant qui porte les tuberculeux aisés de tous les pays — même de France — vers les sanatoria allemands. Mais le sanatorium pour riches n'est qu'un petit côté de la question. Le riche trouvera toujours où soigner le mal dont il est atteint. La question urgente, c'est la tuberculose du pauvre. Aux pauvres, l'Allemagne offre encore le sanatorium, mais dans certaines conditions qu'il faut bien préciser.

Les sanatoria pour pauvres prennent une étendue chaque jour croissante en Allemagne, et le but véritable du Congrès était de donner un nouvel essor à leur développement. Ces sanatoria sont installés soit par des municipalités, soit par des sociétés particulières de bienfaisance, telles que celle de la

Croix-Rouge, soit même par des sociétés financières. Il en est de fort bien compris, tels que ceux du Harz, nous ont dit quelques-uns de nos collègues qui les ont visités. Il en est de médiocres, tels sont ceux que nous avons visités, en compagnie d'une délégation de conseillers municipaux de Paris, conduits par leur président, M. Lucipia, venus pour étudier sur place cette question des sanatoria et les divers établissements hospitaliers ou d'utilité publique de la ville de Berlin. Nous avons vu le sanatorium de Grabowsee, installé au milieu d'un bois de sapins, dans des baraques assez rudimentaires, aux environs d'Oranienburg, à une heure de Berlin. Nous avons vu le sanatorium non achevé de Belzig, situé lui aussi au milieu des bois, dans un site d'une grande tristesse, sanatorium qui nous a paru sombre, semblable plutôt à une prison qu'à une maison de traitement.

Le sanatorium allemand pour tuberculeux pauvres recrute sa population d'une manière à la fois *restreinte* et *obligatoire*; ajoutons que le séjour n'y est *jamais gratuit*.

Le sanatorium pour pauvres rejette systématiquement tout tuberculeux qui ne paraît pas susceptible d'amélioration ou de guérison; il ne prend que celui dont l'affection débute et offre, ou tout au moins paraît offrir prise au traitement de la *cure d'air*. Aux tuberculeux pauvres, déjà marqués par la maladie, on se contente d'offrir l'hôpital ordinaire. Comme rien n'est plus difficile que de faire, dès le début, le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, il en résulte que le sanatorium recueille, à notre avis, autant au moins de sujets simplement suspects, fatigués ou affaiblis, que de tuberculeux véritables. Voila notre premier terme de sanatorium *restreint* expliqué.

Le sanatorium des pauvres est ou sera *obligatoire*, ai-je dit. Tout prolétaire allemand, c'est-à-dire tout ouvrier, tout domestique, etc., est assuré à la fois contre la maladie, l'invalidité, l'accident. L'assurance est payée par lui et par son patron. Malade, il est traité gratuitement, mais à la condition expresse d'accepter le médecin ou l'établissement hospitalier que lui désigne son assurance. Quand un assuré est soupçonné de commencer une tuberculose pulmonaire, il peut donc être dirigé par l'assurance sur tel ou tel sanatorium, qu'elle désigne, et il doit y séjourner jusqu'à guérison ou amélioration suffisante pour lui permettre la reprise du travail. Il va de soi que lorsque les sanatoria pour pauvres seront en nombre suffisant pour recevoir tous ceux que leur état de maladie y appellera, le sanatorium sera *obligatoire*.

Ajoutons enfin qu'au sanatorium — comme d'ailleurs dans tous les hôpitaux de Berlin — il y a toujours quelqu'un qui paye pour le malade : l'assurance d'abord, puis les caisses mutuelles, les œuvres de charité, etc. La famille du malade reçoit, pendant qu'il séjourne au sanatorium, une légère subvention, d'environ un franc par jour. Nous ne savons si cette heureuse disposition est générale, elle existait du moins pour les malades traités au sanatorium de la Croix-Rouge, à Grabowsee.

Les résultats donnés par les sanatoria pour pauvres ont paru généralement brillants et ont été hautement célébrés : on a parlé dans quelques statistiques de neuf guérisons sur douze malades. Il faut en rabattre et de beaucoup. Il faut établir en effet tout d'abord que tous les individus traités dans les sanatoria que nous étudions ne sont pas des tuberculeux avérés. Sur cent malades présents dans ces établissements, il y en a bien certainement cinquante chez lesquels le diagnostic porté peut être tenu pour suspect, et ce sont ces cinquante-là qui fournissent, croyons-nous, le plus clair des belles statistiques produites.

Les vrais tuberculeux sont améliorés certainement en nombre notable; quelques-uns guérissent même sans doute. Mais combien, au sortir même du sanatorium, doivent renoncer à tout travail pénible, et combien retombent, à brève échéance, mais se voient cette fois fermer les portes du sanatorium!

Telle est, exposée à grandes lignes, l'organisation allemande de la lutte contre la tuberculose du pauvre. On ne peut nier qu'elle mérite des éloges, et tout d'abord elle a le mérite *d'exister*, tandis que chez nous rien n'existe. Le tuberculeux pauvre peut être traité dès le début, et sa famille est assistée pendant son traitement : voilà deux points excellents.

Mais l'organisation adoptée soulève quelques critiques et ne paraît pas s'imposer comme méthode générale, applicable à tout pays, et à la France en particulier. C'est ainsi qu'en France nous n'avons pas l'assurance obligatoire de l'ouvrier contre la maladie, et, l'aurions-nous, que nous ne pourrions imposer au malade le traitement obligatoire dans tel établissement et par tel médecin.

En outre, il existe quelques points faibles dans l'édifice. Le tuberculeux avancé y est complètement abandonné, ce qui n'est guère humain, et, de plus, est très dangereux, car on laisse librement ce malade semer la contagion autour de lui, dans son entourage et à l'hôpital. On ne saurait approuver non plus cette quasi relégation du tuberculeux en traitement dans un sanatorium parfois éloigné, et par cela même inaccessible à sa famille nécessiteuse.

Avec les Allemands, distinguons le tuberculeux au début et le tuberculeux avancé. Mais n'abandonnons pas celui-ci sans secours, et n'oublions pas qu'il est une source de contagion dangereuse. Séparons-le donc immédiatement des autres malades, et il est vraiment honteux que cela soit encore à faire; donnons-lui dans l'hôpital soit des quartiers spéciaux, soit des salles spéciales, ce qui en sera en même temps la meilleure manière de pouvoir lui donner les soins médicaux nécessaires. S'il demande à entrer dans les établissements réservés aux tuberculeux moins avancés, ne le repoussons pas, car il y aura toujours moyen d'éviter les dangers qui pourraient résulter de sa présence.

Pour les tuberculeux pauvres au début, faisons des sanatoria, puisque le sanatorium est devenu la formule thérapeutique de la tuberculose et que, en tout cas, il n'y a pas mieux à faire actuellement, pour la clientèle pauvre. L'Assistance publique construit à Angicourt (Oise) un sanatorium qui nous promet une installation très hygiénique. Cela est excellent, mais sachons bien que les malades parisiens (ouvriers, etc.) qui consentiront à séjourner à Angicourt, seront rares. Ayons donc des sanatoria suburbains tout près de Paris et même dans la zone extérieure de Paris. Ils ne vaudront pas assurément les sanatoria qu'on placerait dans la montagne ou sur la côte méditerranéenne, mais ils auront sur eux l'avantage d'être acceptés de ceux à qui nous les destinons.

Nous n'aurons pas le sanatorium obligatoire comme les Allemands, mais l'expérience nous apprend que les malades savent vite prendre le chemin du service ou de l'hôpital où ils trouvent profit pour leur santé.

Assistons enfin, et d'une manière efficace, la famille des tuberculeux en traitement. Ce plan de campagne — que toute ville autre que Paris peut adapter à ses besoins — est-il parfait? Non, certes, mais nous sommes restés trop longtemps immobiles déjà, et à l'heure actuelle tout plan sera bon pourvu qu'il passe dans le domaine des choses réelles. Si nous n'avions fait, en allant à Berlin, que comprendre combien il est triste de nous être laissé ainsi distancer sur une voie que nous avions ouverte, nous n'aurions à regretter ni notre temps ni notre peine. »

Monument Pelletier-Caventou.

Il y a deux ans, un Comité composé de membres des Écoles et des Sociétés de Pharmacie s'est fondé dans le but d'élever un monument à la mémoire des savants Pelletier et Caventou, les illustres auteurs de la découverte de la quinine. Il a suffi au Comité, pour se créer un courant de sympathie, de rappeler les services rendus par ce médicament héroïque, et les immenses conséquences de son emploi : nos armées préservées dans les climats meurtriers, où elles étaient jadis décimées, la colonisation facilitée, l'exploration des pays nouveaux rendue possible.

Les encouragements sont venus de tous les points du monde et, pour arriver à un résultat vraiment digne du but poursuivi, il suffira de quelques nouveaux efforts dans les milieux qui n'ont point encore été spécialement sollicités. Le monde médical en particulier ne saurait rester indifférent. Sans parler des médecins qui ont trouvé dans la vulgarisation du remède des succès éclatants, qui leur ont valu réputation, gloire, même des statues, comme au Dr Maillot, on peut affirmer que tous les praticiens ont avec la quinine une arme puissante et

éprouvée, et qu'ils voudront donner un témoignage de gratitude à ceux qui la leur ont fournie.

Nous avons donc l'espoir qu'ils répondront à l'appel qui leur est adressé en ce moment et voudront bien envoyer leur offrande soit au siège du Comité, Ecole de Pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, soit à son Trésorier, M. Bocquillon-Limousin, 2 *bis*, rue Blanche, à Paris, et aux bureaux du *Progrès médical*.

Les origines du biberon.

Beaucoup de personnes s'imaginent que le biberon est d'invention relativement récente, et, de fait, il paraît certain que l'usage de cet appareil élémentaire ne s'est généralisé que depuis une cinquantaine d'années. Un archéologue anglais, le professeur Mosby, a publié dernièrement un travail fort curieux d'où il résulte que, contrairement à l'opinion émise plus haut, le biberon était connu des Romains, des Grecs, des Egyptiens, et probablement aussi des premières civilisations assyriennes. D'après M. Mosby, les nourrices grecques avaient coutume de se servir, pour donner à boire à leurs nourrissons, d'un petit vase de forme oblongue, rempli de lait additionné d'un peu de miel. Dans le vieux cimetière romain du Saint-Sépulcre, aux environs de Cantorbery, on a découvert un biberon en terre cuite rouge près du cercueil d'un enfant. Et plus récemment, le professeur Mosby a pu déchiffrer sur l'un des vases du British Museum une inscription qui ne laisse aucun doute sur l'usage auquel il était destiné. Or, ce biberon primitif remonte à sept ans avant Jésus-Christ.

Décidement il n'y a rien de nouveau sous le soleil. (*Echo méd. du Nord.*)

La taxe des bicyclettes pour les médecins.

Le Dr D..., habitant les environs de Châlons, possesseur d'une bicyclette dont il a fait d'ailleurs la déclaration en temps utile, prétendait qu'il ne devait point payer par la seule raison qu'il est médecin de l'assistance gratuite. Comme en fait, aucun bulletin de visite n'avait été délivré à son nom pendant les années 1897 et 1898, le maire ne crut pas devoir le porter sur la liste des personnes possédant un vélocipède en vertu de réglements administratifs. Le préfet de la Haute-Marne estima, lui aussi, que M. le Dr D... était assujetti à la taxe. D'où réclamation, et nouvelle condamnation par le Ministre de l'Intérieur :

« Les médecins ne peuvent prétendre à une exemption de taxe qu'autant qu'ils justifient avoir assisté au moins cent indigents dans l'année. »

Le Dr D... paiera la taxe.

Le cerveau de Helmholtz.

M. Hansemann, de l'Université de Berlin, publie dans le *Zeitschrift fur Psychologie* (vol. XX) un compte rendu de son examen du cerveau de Helmholtz.

La circonférence du crâne est de 55 centimètres, sa largeur est de 15 cm. 5, et sa longueur de 18 cm. 3; l'index céphalique est donc 85,25, ce qui représente une tête large. Les dimensions de la tête sont à peu près les mêmes que pour Bismarck, et un peu plus petites que pour Wagner. Le poids du cerveau a été trouvé de 1.700 grammes avec le sang coagulé, et de 1.440 gr. sans le sang, ce qui donne une centaine de grammes de plus que la moyenne.

Il est toutefois généralement admis aujourd'hui que seul le poids exclusif du cerveau n'est pas un indice de capacité mentale, le dessin des circonvolutions a plus d'importance à cet égard. Chez Helmholtz, elles étaient particulièrement profondes et bien marquées. (*Revue scientifique* du 6 mai 1899.)

Fruste, compendieusement.

Il est des mots qui, à force d'être employés à contre-sens, finissent par changer de sens. Tel l'adverbe *compendieusement* qui est couramment employé comme synonyme de longuement alors qu'il signifie : *d'une façon abrégée.*

Tel aussi le mot *fruste* qui « se dit d'une médaille effacée par le temps » et qui, au figuré, devrait s'employer dans le sens de : poli par l'usage. Ce qui n'empêche pas M. Faguet, professeur en Sorbonne, d'écrire, dernièrement, dans son feuilleton des *Débats* :

« Lambert est un gros manufacturier, rude, *fruste*, à idées courtes, à cheval sur son droit, la brute conventionnelle, etc. »

Par quel phénomène un mot qui veut dire bref devient-il synonyme de long; pourquoi un mot qui signifie poli s'emploie-t-il dans le sens de rugueux? (*L'Aurore* du 10 mai). — Nous reproduisons cette note parce qu'il s'agit là de deux mots souvent employés en médecine.

La crémation et les cendres de Marceau.

On s'imaginait généralement que les cendres de Marceau avaient été déposées au Panthéon, en 1899, en même temps que les dépouilles de Lazare Carnot et de La Tour d'Auvergne. Il en a été ainsi, mais ces cendres n'avaient pas été remises intégralement au monument affecté aux grands hommes par la Patrie reconnaissante.

Grande fut, ces jours derniers, la stupeur du général Vanson, conservateur du Musée de l'armée, en recevant la visite d'un docteur italien, M. Lodovico Sergent-Marceau, qui, après lui avoir prouvé de la façon la plus positive qu'il était le petit-neveu du célèbre général tué à Altenkirchen, lui sortit d'une valise une urne contenant une partie appréciable des cendres de Marceau.

Un an après son inhumation en grande pompe dans le camp retranché de Coblence, le corps de Marceau fut exhumé et brûlé solennellement sur un bûcher dressé au Petersberg. Les cendres furent recueillies dans une urne qui fut replacée dans le tombeau pour être transférée ensuite au cimetière de Nice, d'où elles partirent, en 1889, pour le Panthéon. Mais il ressort aujourd'hui que Bernadotte, au moment de l'incinération, avait distrait une partie des cendres de Marceau pour les remettre à sa famille. (*Aurore*, 12 mai 1899.)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris
(Voir pages XCIV et VII des annonces.)

FORMULES

LXV. — Céphalée des neurasthéniques.

Phosphure de zinc	0 gr. 15 milligr.
Fer réduit	1 gr. 20 centigr.
Extrait de noix vomique	0 gr. 12 —

Diviser en 8 pilules. En prendre 2 ou 3 par jour.

Ou :

Valérianate de zinc	ââ 1 gr. 20 centigr.
Sulfate de fer	
Extrait de rhubarbe	
Assa fœtida	

Diviser en 20 pilules. En prendre 3 par jour.

Ou encore :

Caféine	0 gr 03 à 0 gr. 09 centigr.
Phénacétine	0 gr. 30 centigr.

Pour un cachet n° 2. A prendre à une heure d'intervalle dans de la tisane chaude. (Collin.)

LXVI. — Poudre contre le prurit de l'urticaire.

Hydrate de chloral	ââ 4 grammes.
Camphre	
Poudre d'amidon	30 à 60 gr.

(Us. ext.) (Bulkley.)

LXVII. — Collodion contre le lupus érythémateux.

Acide salicylique	1 gramme.
Acide pyrogallique	3 —
Collodion élastique	40 —

(Brocq.)

LXVIII. — Emploi du salol dans l'amygdalite aiguë.

Salol	4 grammes.
Huile d'amandes douces	ââ 8 —
Gomme arabique	
Sirop simple	50 —
Eau distillée	130 —
Essence de menthe	Q. S.

Par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

(Caron de la Carrière.)

LXIX. — Pommade contre les douleurs des tuberculeux.

Vaseline	āā 15 grammes.
Lanoline	
Salicylate de méthyle	āā 4 —
Gaïacol cristallisé	
Menthol	1 —
Bromure de potassium	5 —
Antipyrine	3 —
Essence de térébenthine	6 —
Extrait de belladone	0 gr. 20 centigr.

(Capitan.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 4 juin au samedi 10 juin 1899, les naissances ont été au nombre de 1029, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 387, illégitimes, 454. Total, 541. — *Sexe féminin* : légitimes, 368, illégitimes, 120. Total, 488.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 4 juin au samedi 10 juin 1899, les décès ont été au nombre de 1013, savoir : 544 hommes et 569 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 8. T. 14. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 19, F. 21. T. 40. — Scarlatine : M. 4, F. 3, T. 7. — Coqueluche : M. 2, F. 5, T. 7. — Diphtérie. Croup : M. 9. F. 4, T. 13. — Grippe : M. 2, F. 3, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 122, F. 75, T. 197. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 13, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 11, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 7, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 38, T. 50. — Méningite simple : M. 22, F. 4, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 20, F. 23, T. 43. — Paralysie, M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 27, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 2, T. 8. — Bronchite chronique : M. 9, F. 4, T. 13. — Broncho-pneumonie : M. 26, F. 20, T. 46. — Pneumonie : M. 20, F. 16, T. 46. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 24, F. 18, T. 42. — Gastro-entérite, biberon : M. 28, F. 15, T. 43. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale, M. 23, F. 12, T. 35. — Sénilité : M. 19, F. 22, T. 41. — Suicides : M 16, F. 8, T. 24. — Autres morts violentes : M. 19, F. 10, T. 29. — Autres causes de mort : M. 80, F. 79, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 0, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 59, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 13. Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 13, illégitimes, 11. Total : 24.

Faculté de Médecine de Paris. — *Exercices de dissection.* — Classement dans les pavillons de dissection (Ecole pratique de la Faculté et Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux). — I. *Etudiants de deuxième année de dissection* : Les étudiants de deuxième année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection. Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1899, à la Faculté de Médecine de Paris, la huitième inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la quatrième inscription (nouveau régime d'études : 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1899, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la huitième ou la quatrième inscription dans une Faculté ou Ecole des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre). Le classement aura lieu au petit Amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures du matin, le vendredi 27 octobre 1899. Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre. (Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.) — II *Etudiants de première année de dissection* : Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la cinquième inscription. Les étudiants appelés sous les drapeaux en 1899-1900, sont priés d'en informer le doyen aussitôt que possible.

Chirurgie urinaire. — Travaux pratiques de Médecine opératoire spéciale, sous la direction de MM. Terrier, professeur, et Hartmann, agrégé. — M. le Dr Gosset, prosecteur, commencera son cours le mercredi 28 juin, à 1 h 1/2. — I. Néphropexie. — II. Néphrotomie, néphrectomie. — III. Chirurgie de l'uretère. — IV. Cathétérisme des uretères. — V. Taille hypogastrique. — VI. Urétrotomie interne. Ponction hypogastrique Méat hypogastrique. — VII. Urétrotomie externe. Résection de l'urètre. — VIII. Lithotritie. — IX. Circoncision. Amputation de la verge. Angioneurectomie, résection du canal déférent. — X. Voie périnéale. Prostatectomie périnéale. — Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis

Association française pour l'avancement des Sciences. — La prochaine session présentera une importance considérable, d'une manière générale, à cause de l'échange de visites entre l'*Association Britannique* et l'*Association Française* et à d'autres points de vue qui nous intéressent particulièrement. Dans cette session sera inaugurée la statue du grand médecin-électricien français Duchenne (de Boulogne) et fonctionnera aussi pour la première fois la Sous-Section d'Electricité Médicale que le Conseil de l'Association Française pour l'avancement des Sciences, désireux de favoriser les efforts de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de cette branche si nouvelle, mais déjà si importante des Sciences appliquées, vient de créer dans l'Association. Les questions mises à l'ordre du jour de cette sous-section sont les suivantes : 1° Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urètre en particulier, par le Dr H. Bordier (de Lyon). 2° Radioscopie et radiographie stéréoscopiques par le Pr Marie (de Toulouse). 3° Récents progrès de la radiographie, par le Pr Imbert et le Dr Bertin-Sans. 4° De l'Endodiascopie, sa technique et ses résultats, par le Dr Bouchacourt (de Paris).

Hôpitaux de Paris. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année* 1899-1900. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1899-1900, savoir : Pour MM les internes de deuxième. troisième et quatrième année, le samedi 24 juin, à trois heures. pour MM. les internes de première année, le mardi 27 juin. à deux heures. — MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

École préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon. — *Concours pour un emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.* — Les chefs des travaux sont nommés pour neuf ans, leur traitement annuel est de 1.000 fr.; ils prennent une part active à l'enseignement, ils font des conférences et dirigent les travaux. — Un concours sera ouvert devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, le 13 novembre 1899, pour un emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à cette école. — *Conditions du concours* : Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de 25 ans, et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine pris dans une Faculté française. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, un mois avant l'ouverture du Concours, et y déposer leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs. — *Programme du Concours* : 1° préparation de pièces sur un sujet d'anatomie humaine. Le jury détermine le délai accordé pour cette préparation ; 2° une composition écrite sur une question de physiologie. Cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury ; les candidats ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé ; 3° une leçon orale de trois quarts d'heure, sur une question d'anatomie descriptive, faite après trois heures de préparation, sans que le candidat puisse s'aider de renseignements quels qu'ils soient ; 4° une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Cinq heures sont accordées pour cette préparation, dont la démonstration publique ne devra pas durer plus d'un quart d'heure ; 5° une préparation extemporanée d'histologie. Quatre heures sont accordées pour cette épreuve (mêmes conditions) ; 6° une opération chirurgicale ; 7° appréciation des titres et travaux scientifiques.

Troubles a la Faculté de Médecine de Lyon : M. le Pr Augagneur et l'affaire Dreyfus. — On télégraphie de Lyon au *Temps* (12 juin) : « Les manifestations de ces jours derniers ont eu leur contre-coup à la Faculté de Médecine, où le cours de M. Augagneur a été troublé par des scènes tumultueuses. Les étudiants qui suivent ce cours avaient, une première fois, manifesté leurs sympathies pour leur professeur qui avait pris au dehors une part active aux manifestations soit en faveur de Dreyfus, soit en l'honneur de M. Loubet. Le jour suivant, des groupes, étrangers pour la plupart à la médecine, ont envahi la salle et organisé un tel tumulte que le cours n'a pu avoir lieu. Aujourd'hui, M. Lortet, doyen de la Faculté de Médecine, a fait placarder l'affiche suivante : « Par décision de M. le Recteur, président du Conseil de l'Université, en date du 10 juin, le cours de pathologie externe est suspendu jusqu'à nouvel ordre. »

Sage-Femme anglaise. — Neuf cadavres d'enfants en bas âge, enfermés chacun dans une boîte à savon et soigneusement calés de ouate, ont été découverts dans la cave d'une maison occupée par une sage-femme de Birmingham. L'affaire cause une grosse émotion. (*Le Temps*, du 9 juin.)

Mission scientifique. — M. le Dr Vignes a reçu du Ministre de l'Intérieur la mission d'étudier l'organisation et le fonctionnement des services ophtalmologiques dans les hôpitaux en Angleterre.

Le Banquet du Dr Emily. — Un banquet médical a été donné en l'honneur de M. Dr Emily, du service de santé de la marine, attaché à la mission Marchand, le jeudi 8 juin, à 7 h. 1/2, au Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris. La souscription était fixée à 20 francs. Les organisateurs étaient MM. les Drs Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine; Louis Vincent, médecin principal de la marine, membre de l'Académie de Médecine; Pr Pinard, Drs Hallopeau, Laborde, membres de l'Académie de Médecine; Capitan et Prieur, secrétaires. MM. Brouardel et Laborde ont successivement pris la parole et le Dr Emily a remercié à son tour et bu au corps médical parisien.

Ecole de Médecine et de Pharmacie de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 12 décembre 1899 devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Universite de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Besançon.

Ecole de Médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira le 11 décembre 1899, devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppleant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Concours des Médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris. — Le concours pour les places vacantes de médecins des Bureaux de bienfaisance vient de sé terminer par la nomination de MM. les Drs Boudin, Morisse (Ier arrondissement); Lantzenberg, Pressat, Archambault (IVe); Hurteau (Ve); Daniel, Pottier (XIe); Rollet, Moncoin (XIIe); Villard, Mme Peltier, Baldet (XIIIe); Rellay (XVIIIe); Labady, Golesceano, Thébaut (XIXe).

Agrégation en Pharmacie. — A la suite du concours, sont nommés agrégés et entreront en exercice le 1er novembre 1899 pour une période de dix ans : MM. Cauro (physique); Moureau, Lebeau (chimie et toxicologie) à l'Ecole supérieure de Paris; Imbert et Fouzès-Diacon (chimie et toxicologie) à l'Ecole de Montpellier.

Exercice illégal de la Médecine. — Une grave affaire vient d'être decouverte par la police. Sur le rapport de M. Boutineau, commissaire, le parquet vient d'en être saisi. Un nommé D..., demeurant rue du Faubourg-Saint-Antoine, et exerçant illégalement la médecine, aurait causé, par ses pratiques, la mort d'une fillette, Mlle Z..., habitant chez ses parents, rue Michel-Bizot. Cet individu, appelé il y a quelques jours pour soigner l'enfant, aurait prescrit, pour la guérison d'une grippe infectieuse, un remède qui, aussitot ingurgité, aurait déterminé la mort de la pauvre enfant, dans d'horribles et intolérables souffrances. Le médecin de l'état civil, appelé a constater le décès, n'a pas voulu, après examen du corps, délivrer le permis d'inhumer. Quant au nommé D..., il a disparu dès qu'il a eu connaissance de la mort de la petite Y... Il est activement recherché. (*Gaz. Méd. de Paris.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le Dr Cauterman, ancien président de la Federation médicale belge. — M. le Dr Guison, ancien chirurgien de l'hopital de Chalons. — M. le Dr Vigneaux, de Saint-Sauvy (Gers), — M. le D Harel, de Saint-Nazaire. — M. le Dr Longuet, de Bourges. — M. le Dr Jules Bigot (d'Hazebrouck).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies nerveuses*, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — M. le Dr Déjerine, *Maladies du système nerveux*, le jeudi, à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe. — M. le Dr Jules Voisin, *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi à 10 heures.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Gilles de la Tourette. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10 h., laboratoire Axenfeld. — *Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles* : M. le Dr Marcel Lermoyez. Le mardi : conférence de séméiologie et de diagnostic, le samedi : conférence de thérapeutique ; le lundi : petites opérations spéciales ; le vendredi : opérations sur l'oreille et les sinus de la face (9 h. 1/2).

Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale.* M. le Pr P. Budin, mardi et samedi à 9 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôtel-Dieu. — M. J. Lucas-Championnière : leçons de *clinique chirurgicale* le jeudi à 10 heures. Opérations abdominales le mardi. Examen des malades et visite dans les salles le mercredi et le samedi.

Hôpital de la Pitié. — Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux : M. Babinski, samedi, 10 h. 1/4. — *Voies urinaires.* — M. le Dr Picqué, chirurgien de la Pitié : consultation spéciale pour les maladies des voies urinaires, le jeudi à 10 heures.

Hôpital Ricord. — *Cours particulier de Cypridologie (Maladies vénériennes).* — M. Queyrat, lundi, à 4 h. 1/2.

Hôpital de la Charité. — *Conférences de radiographie et de radioscopie.* — M le Dr L.-R. Regnier : conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche à 10 h. 1/2 du matin.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. IX. N° 25. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 JUIN 1899.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE : Les appareils orthopédiques en celluloïde, par MM. H. de Rothschild et Ducroquet. — HYGIÈNE PUBLIQUE : La prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite et fin*), par L. Fiaux. — BULLETIN : Le service médical des Bureaux de bienfaisance de Paris, par J. Noir ; — Nécessité de la vaccination et de la revaccination, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie*, par Mme Edwards-Pilliet; — *Académie de Médecine*, par Plicque; — *Société médicale des Hôpitaux*, par J. Noir; — *Société de Chirurgie*, par P. Rellay; — *Société d'Obstétrique de Paris*, par H. Chéron. — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE : La médication arsenicale par le cacodylate de soude, par J. Noir; — Deux cas de tétanos traités par l'antitoxine Behring; Résultats généraux de cette méthode, par Holsh. — BIBLIOGRAPHIE : Guide pratique pour les analyses de chimie physiologique, par Martz (an. d'Yvon) ; — Tableaux synoptiques pour l'analyse des urines et des dépôts urinaires, par Drevet (an. d'Yvon) ; — Anatomie élémentaire du corps humain, par Rabaud. — VARIA : Monument Du Mesnil; — Les Syndicats médicaux et le Conseil supérieur des Sociétés de Secours mutuels ; — La Grèce médicale; — Le secret médical; — Alvéole. — FORMULES : Contre l'embarras gastrique; — Pommade pour injections dans la blennorrhagie. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Les Appareils orthopédiques en celluloïde;

Par MM. les Drs H. de ROTHSCHILD et DUCROQUET.

Pendant très longtemps, la seule substance employée par le chirurgien dans la construction des appareils orthopédiques, a été le plâtre. Cette matière, éminemment plastique, et possédant entre autres qualités celle de durcir très rapidement, a toujours rendu de très grands services en chirurgie orthopédique. Un des grands reproches qu'on a pu faire à l'appareil en plâtre est son poids, qui peut être considérable, quand il s'agit de maintenir tout le thorax d'un jeune enfant. A moins de pratiquer des fenêtres multiples qui peuvent compromettre le résultat final, les grands appareils plâtrés immobilisent d'une façon pour ainsi dire absolue les enfants auxquels ils sont appliqués, les transformant en de véritables momies vivantes. Pour diminuer le poids des appareils, pour permettre aux petits malades de circuler aussi librement que possible, on a cherché à utiliser des produits autres que le plâtre pour la construction de ces appareils. En Allemagne, Landerer et Kirsch (1) ont essayé les premiers à remplacer le plâtre par le celluloïde. En France, l'un de nous a essayé avec succès la gélatine insolubilisée (2). Les tentatives faites par Landerer et Kirsch, et reprises par nous, ont permis de formuler la technique de la fabrication des appareils en celluloïde et d'apprécier à leur juste valeur les appareils contruits avec cette nouvelle substance. Les appareils construits en celluloïde sont extrêmement légers. Cette légèreté exceptionnelle est un avantage des plus sérieux, quand il s'agit de les appliquer à des enfants affaiblis, atteints de tuberculoses articulaires. Dans le mal de Pott et la scoliose, ils peuvent rendre de très grands services, car ils sont à la fois légers, solides, élastiques et imperméables. Chez les jeunes enfants qui urinent au lit, on n'a pas à craindre leur ramollissement; de plus, leur élasticité permet d'en faire des appareils amovibles. Leur durée est pour ainsi dire indéfinie. S'ils se salissent, on peut leur redonner une nouvelle couche de celluloïde. Un autre avantage, dit Valvarens (1), réside dans la propriété que possède le celluloïde de se ramollir à une chaleur un peu forte. Ainsi, on peut donner à l'appareil la forme que l'on désire, et au besoin réparer, après coup, une erreur provenant d'une mauvaise position prise par le patient au moment de son application.

(1) *Centr. f. chir.*, n° 20.
(2) Communication en préparation.

Application de l'appareil en celluloïde. Technique. — Le seul liquide dans lequel il soit possible de dissoudre complètement le celluloïde, est l'acétone.

Un mélange d'éther ou d'alcool permet également d'arriver à la dissolution, mais le résultat est beaucoup moins bon. On prend trois parties d'acétone pour une de celluloïde, on obtient ainsi une bouillie pâteuse, assez liquide, pour pouvoir être facilement étendue sur des bandes de tarlatane acétonées. Pour être complète, la dissolution demande 1/2 heure à 3/4 d'heure. L'acétone doit être pur, sinon l'évaporation dure trop longtemps. Il faut compter 4 à 6 jours avant que l'appareil soit complètement sec.

Pendant la fabrication de l'appareil, il est bon de se protéger les mains en se servant de gants remontant très haut. La solution de celluloïde, une fois sèche, adhère fortement aux mains, et ne s'en détache que très difficilement. La fabrication de l'appareil en celluloïde est un peu compliquée et fort longue. Un des inconvénients est que, l'acétone étant très volatil, répand, pour plusieurs jours, une odeur fort désagréable et très pénétrante. L'extrême inflammabilité du produit le rend très dangereux quand on le met entre les mains de personnes peu prudentes. On peut, toutefois, parer à cet inconvénient en préservant le jersey avec une étoffe ininflammable. Avant de faire l'appareil en celluloïde, il faut faire un moulage et un contre-moulage en plâtre. Si l'on fait une faute dans la construction de l'un d'eux l'appareil définitif sera défectueux. Après avoir fait un moulage du sujet, puis un contre-moulage, on applique sur ce dernier des bandes de tarlatane imbibées de celluloïde. Sans vouloir entrer dans le détail du moulage, nous devons dire qu'il suffit de faire un appareil en ouate et en tarlatane fortement empesée, moulant bien le corps du sujet. Lorsque celui-ci est sec, on l'enlève

(1) *An. Soc. Belge*, n° 3, 1898.

et on le remplit de bouillie plâtrée, après en avoir rapproché les bords avec une bande de tarlatane. Sur le contre-moule, nous avons l'habitude d'appliquer un jersey, trempé au préalable dans l'acétone et sur lequel on applique la solution de celluloïde, en couche assez mince. On recouvre ensuite d'une ou deux bandes de tarlatane enduites à leur tour de bouillie de celluloïde. On peut, si l'on veut, supprimer le jersey et ne se servir que des bandes de tarlatane.

Il faut avoir bien soin de serrer fortement les bandes de tarlatane; sans cette précaution, l'appareil en séchant, présenterait des saillies irrégulières. L'appareil en celluloïde est un appareil à prise très lente; il ne peut donc être question de l'employer quand il s'agit de fixer rapidement une position déterminée.

Inconvénients de l'appareil en celluloïde. — Les appareils en celluloïde présentent de sérieux inconvénients qui mettront toujours obstacle à leur vulgarisation. Leur prix de revient, tout d'abord, est fort élevé, ce qui fait qu'il est pour ainsi dire impossible de les appliquer à la classe ouvrière et plus particulièrement à l'hôpital. En Allemagne, où l'usage en est cependant fort répandu, les conditions sont un peu différentes de celles qui existent en France. Chez nous, en effet, à cause des dangers que présente la manipulation du celluloïde, le gouvernement réglemente sa vente, et il n'est pas possible de s'en procurer des déchets comme cela peut se faire en Allemagne, déchets dont le prix est de 4 à 5 fr. le kilogramme, au lieu de 20 fr., prix de la matière en France. L'acétone lui-même coûte très cher, 8 fr. le litre. Un appareil pour le mal de Pott, par exemple, peut coûter de 30 à 40 fr. de matière première. Quand l'appareil doit durer longtemps, on peut passer sur cet inconvénient. Mais chez les enfants dont la croissance n'est pas terminée, et chez lesquels on est contraint de renouveler l'appareil tous les 2 ou 3 mois, le prix même de l'appareil devient un obstacle très sérieux. Le celluloïde, par son imperméabilité, empêche l'évaporation de la sueur ; il est vrai que l'on peut parer à cet inconvénient en pratiquant une série de trous dans l'appareil, mais cela en diminue un peu la solidité. Dans tous les cas où l'on désire une contention prolongée, le celluloïde est appelé à rendre de très grands services.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — Un concours s'ouvrira le 11 décembre 1899, devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon. — Un concours s'ouvrira le 21 décembre 1899, devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à ladite Ecole.

ORGANISATION DU SERVICE DES EAUX ET DE L'ASSAINISSEMENT. — Par un arrêté préfectoral du 16 mars 1899, le Service des Eaux et de l'Assainissement réunit désormais la direction des Eaux et le Service d'Assainissement qui existaient autrefois. Ce service comprend : 1° le service réservé (distribution des eaux, machines élévatoires et réservoirs, dérivation des eaux de sources existantes, puits entretien, extraction des canaux, régie des eaux de Paris et contrôle de la Compagnie générale des eaux) ; 2° le service spécial des adductions d'eau et des études des nouvelles dérivations; 3° le service de l'assainissement égouts, collecteurs, Bièvre, champs d'épandage, usines élévatoires, aqueducs, irrigation, etc.) M. Buchmann est nommé chef du nouveau service, assisté temporairement de M. Launay, ingénieur en chef, pour le service de l'Assainissement et de M. Mourot, inspecteur.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Suisse et particulièrement à Genève (*suite et fin*) (1).

Par le Dr L. FIAUX.

Quels que soient l'évolution organique et le moule social qui s'apprêtent pour les démocraties de l'avenir ou plus réellement de demain, nous trouvons le procédé d'ajournement trop commode pour se désintéresser de débats qui intéressent les intérêts les plus vitaux des classes ouvrières, la liberté et l'honneur des femmes du prolétariat : c'est en faire trop bon marché et pour un trop long intervalle. Quant à nous, nous le dirons sans nous lasser et comme ces sourds qui ne craignent de lasser personne, la police des mœurs, dans quelque pays qu'elle soit constituée, sous quelque forme qu'elle fonctionne, plénière ou réduite, française ou suisse, est un organisme d'Etat ou de municipalité des plus dangereux : partout où elle a été appliquée même dans un pays jaloux de la liberté individuelle, comme en Angleterre, elle a produit les mêmes abus, les mêmes monstruosités arbitraires ; elle octroie des pouvoirs considérables à des agents subalternes, anonymes, irresponsables, trop souvent entrés dans ce fonctionnarisme spécial pour des motifs qui se devinent. Plongés dans cette atmosphère vénérienne, ces sortes d'agents s'y étourdissent, même s'ils y entrent avec de droites intentions; mais, le plus souvent ils pensent comme ce petit inspecteur que M. Ranc interrogeait un jour d'arrestation au Dépôt, à la fin de l'Empire ; comme le journaliste républicain s'étonnait de voir figurer ce jeune homme d'éducation apparente dans un tel service : « Ah! monsieur, répondit en souriant l'employé, c'est si commode pour avoir des femmes! »

Au lieu d'exploiter l'ignorance et les préjugés publics au profit de ses affaires électorales particulières, le parti radical voisin eût pu du moins se souvenir que pour des politiques populaires c'est un devoir de prudence minimum de ne point exalter un service public qui de son essence a plus besoin d'être surveillé et contenu que loué. C'est par la police et surtout par la police des rues que les pouvoirs publics manifestent leur existence aux petites classes des citoyens; c'est à travers les agents subalternes que le peuple des ateliers voit le gouvernement ; c'est là surtout que le contrôle politique doit s'exercer puisque l'absence de contrôle légal est une règle de service. Le parti radical genevois ne s'est pas arrêté un instant à cette considération : loin de là, il a fait très publiquement l'apologie du « système de la sage réglementation en vigueur ». (*Le Genevois*, n° du 20 mars 1896.)

Encore le parti radical eût-il pu chercher des arguments qui eussent élevé la discussion plébiscitaire et eussent été susceptibles de faire jaillir dans la contradiction quelque lueur. On l'a vu au contraire faire appel aux plus pauvres allégations et les plus propres à tout brouiller. Que le lecteur se rassure : nous n'allons ni les rappeler ni les commenter, pas même celle qui a consisté dans ce parallèle entre la destinée des ouvrières des villes et des domestiques de campagne et l'enviable fortune des filles de maisons, nourries, vêtues, voyageant aux frais de la police, comme si les malheureuses qui finissent dans cette abjection n'étaient pas elles-mêmes de misérables ouvrières,

(1) Voir *Progrès médical*, nos 5, 9, 12, 14, 21 et 23.

broyées par les détresses de la vie et le plus souvent acculées aux derniers abois. Nous ne retiendrons que celle-ci qui, nous assure-t-on, a beaucoup influencé le corps électoral : « Les maisons ont précisément pour objectif et résultat de supprimer la police des mœurs. » Nous ne croyons pas qu'il soit possible de jouer davantage avec les mots et de mieux justifier l'acusation souvent dirigée par les partis de *statu quo* contre les partis... très réformistes, de jeter de la poudre aux yeux des gens dont on prétend aiguiser l'acuité visuelle. Eh quoi, pas de police de mœurs, — parce que l'hypocrite maison cache derrière ses volets tirés les pratiques de cette police ? Eh quoi, la liberté plénière de l'individu assurée — quand hier encore des séquestrations de mineures étaient prouvées devant vos tribunaux de première instance, d'appel et de cassation ! Quand des suicides d'internées éclaboussaient le pavé des cours intérieures de cervelle et de sang ! Tous ces faits se passaient cependant, non pas en 1875, au temps où notre système français fonctionnait encore à Genève dans son intégralité, mais à l'heure actuelle, avec la police des mœurs atténuée, à peine existante, dont on vante « la sage réglementation ». La vérité est que la maison est au contraire le dernier mot de la police des mœurs, le couronnement de l'édifice ; tous les médecins favorables au système, tous les administrateurs français attachés d'une façon spéciale ou générale à notre préfecture de police, depuis Parent-Duchatelet, jusqu'à M. Lecour, jusqu'à M. Andrieux, l'ont dit et répété dogmatiquement : « Il n'y a pas de réglementation possible sans maisons. » La maison ne facilite donc qu'un ordre menteur, une décence factice : la plainte s'y étouffe sous une sorte de terreur ; des exactions incroyables s'y perpétrent dans le silence ; le vol, le rançonnement, le chantage s'y exercent couramment sur les femmes ; les tenanciers se liguent avec les agents. Que si quelque chef de police intègre, quelque magistrat municipal prenant au sérieux leur fonction, veulent mettre le holà, au sein même des services ils se heurtent à des traditions délictueuses invétérées qui ne tolèrent point la correction et qui, devant une fermeté persistante, peuvent s'exaspérer jusqu'aux accès de la plus basse criminalité (1).

Veut-on une preuve du caractère que peut affecter la police de mœurs des maisons, non pas une preuve d'argumentation, mais une preuve de faits ? Que MM. les administrateurs genevois consentent à jeter une fois de plus les yeux sur le fonctionnement intime de cette partie de notre administration française ; aussi bien la France est ici encore un laboratoire d'expériences trop souvent mauvaises qui peuvent servir au-delà des frontières, et les annales contemporaines de notre police spéciale sont assez riches pour fournir tous les genres d'exemples instructifs.

L'épisode est d'hier ; il s'est passé il y a peu, dans une des villes de notre Midi français, à Toulon.

Le 1er septembre 1897, à sept heures du soir, après avoir présidé la séance du conseil municipal, le maire de Toulon, M. Henri Pastoureau, chef de bataillon en retraite, officier de la Légion d'honneur, sortait de l'Hôtel de Ville, accompagné de quelques collègues : à peine ceux-ci avaient-ils pris congé de lui qu'un individu, stationnant sur le trottoir opposé et franchissant rapidement la chaussée, se précipitait sur M. Pastoureau, et, tirant un long couteau poignard, l'en frappait à coups redoublés au ventre. M. Pastoureau, en voulant se défendre, était encore blessé à la main et dans les régions dangereuses des aines.

L'historique du crime fut rapidement reconstitué. L'assassin, Sinibaldi, était le beau-frère d'un agent de la police des mœurs, Pettorelli, révoqué en janvier 1896 par M. Ferrero alors maire de la ville, et que le nouveau maire, M. Pastoureau, malgré un assaut de démarches, de pétitions, obsessions et finalement de menaces, avait refusé de réintégrer dans son emploi. Les méfaits de l'inspecteur Pettorelli étaient tels que le maire n'avait point jugé cette réintégration possible. Après être resté deux mois entre la vie et la mort, M. Pastoureau pouvait reprendre ses fonctions municipales si courageusement remplies, et le 28 octobre la cour d'assises du Var condamnait Sinibaldi aux travaux forcés à perpétuité.

Le procès nous ayant paru trahir de certaine part une insuffisante curiosité des agissements de Pettorelli, ou tout au moins le compte rendu du procès nous ayant paru taire les faits vraiment caractéristiques de la cause, nous avons pensé que la meilleure information nous viendrait de M. Pastoureau lui-même. A notre demande de renseignements, M. le maire de Toulon nous a fait l'honneur de répondre par la lettre suivante :

MAIRIE DE TOULON (Var) — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE — LIBERTÉ, ÉGALITÉ, FRATERNITÉ.

Toulon, le 7 décembre 1897.

Monsieur,

. . . .

Je m'empresse de vous fournir quelques renseignements sur les motifs qui ont amené la révocation de l'inspecteur Pettorelli, beau-frère de Sinibaldi, et de trois de ses collègues, agents des mœurs comme lui.

A la fin de l'année 1895, le Commissaire central fut saisi de différentes lettres anonymes visant des faits délictueux dont se seraient rendus coupables des agents du service des mœurs et des irrégularités qui se passaient dans ce service.

L'enquête faite par un commissaire de police amena la découverte de ces irrégularités qui consistaient surtout à épargner la visite à des filles pensionnaires dans des maisons de tolérance dont les tenancières avaient su s'attirer les bonnes grâces des agents de mœurs mis en cause par les dénonciations anonymes. Ces faveurs faites par des agents aux tenancières des maisons de tolérance étaient reconnues par celles-ci et rendues en petits cadeaux, boîtes de cigares, liqueurs, bagues, aux agents.

En tenant compte des exagérations qui se sont forcément produites au cours de cette enquête et des dénégations des agents, il n'en reste pas moins acquis que ceux-ci avaient des accointances fâcheuses avec les filles, les tenancières et leurs amants, tout un monde qu'ils avaient mission de surveiller et à qui ils devaient imposer l'exécution des règlements spéciaux.

L'enquête a révélé à ce sujet des faits caractéristiques : Pettorelli, entre autres, était l'amant d'une fille vivant de la prostitution clandestine ; un autre agent invitait à dîner chez lui le beau-frère d'une tenancière de maison de tolérance et la maîtresse de celui-ci ; le même agent recevait de l'argent de la patronne d'un café borgne afin de ne pas inquiéter les filles qui se livraient chez elle à la prostitution.

Je n'ai eu à m'occuper que de la partie de l'enquête qui concerne Pettorelli, à la suite des démarches qui, dès notre arrivée à la mairie, en mai 1896, furent faites en faveur de sa réintégration. Après avoir consulté le dossier, j'acquis la conviction que cette réintégration était impossible et mon refus aboutit à l'attentat dont j'ai été victime.

Veuillez agréer, etc.

Le Maire de Toulon,
Signé : H. PASTOUREAU.

*

(1) Nous ne relèverons pas les délits de droit commun sans importance caractéristique (vols) qui frappent exclusivement le public : nous mentionnerons seulement commis dans les maisons de Genève du 12 avril 1896 au 2 janvier 1899, en moins donc de trois ans, trois meurtres et quatre tentatives de meurtre, lesquelles ont mis les victimes en danger de mort

Le lecteur jugera, comme nous, qu'il est inutile de rien ajouter pour l'édification de ceux qui *ad libitum* nient à Genève l'existence de la police des mœurs ou la défendent; comme nous, il saura lire entre les lignes.

Les conséquenees du vote plébiscitaire confirmatif des maisons n'ont point tardé à se faire sentir : elles ont été tout d'abord politiques ainsi que l'avait voulu le parti radical. Comme il ne s'agissait pas pour lui d'une question d'hygiène et de droit publics, mais de la conquête du pouvoir, tout avait été sacrifié à cet objectif. L'année suivante le pouvoir en effet était conquis. Le 7 novembre 1897, conformément à la Constitution cantonale qui confère au peuple l'élection directe des membres du Pouvoir exécutif, le corps électoral genevois renouvelait son Conseil d'État, et la liste radicale passait haut la main. A la vérité depuis le plébiscite, l'opinion à Genève était préparée à l'évènement et l'attendait un peu; parmi les causes de cette autre défaite presque prévue, chacun nommait l'échec du 22 mars. Personne ne s'avisait d'incriminer la politique même suivie par le parti démocratique pendant les huit années qu'il avait exercé le pouvoir; ses services à la République étaient incontestables : il avait rétabli l'ordre et l'équilibre dans les finances, et à une série continue de déficits budgétaires avait fait succéder une série régulière d excédents; il avait mené à bien l'Exposition nationale et mérité par la probité de son administration le témoignage public. Mais le parti radical avait triomphé sur une question à laquelle la moitié des membres du parti démocratique avaient accordé leur patronage, et c'était assez. Un enthousiasme du même acabit que celui du 22 mars 1896 saluait le 7 novembre 1897 le second triomphe du parti radical. L'annéc suivante enfin, le 6 novembre 1898, les nationaux indépendants et démocrates étaient encore battus : une troisième victoire mettait définitivement le parti radical en possession des affaires par l'élection au Grand Conseil d'une majorité sinon écrasante, du moins très suffisante de cinquante-trois députés sur les cent membres de l'Assemblée.

Ces conséquences qu'on pourrait appeler intérieures regardent en dernière analyse le peuple genevois seul, mais le plébiscite du 22 mars en a eu d'autres d'un ordre plus général et intéressant, celles-ci, sans distinction de nationalités, les esprits qui suivent en Europe le mouvement des idées et s'inquiètent de leur influence sur les institutions. C'est à cet autre point de vue que l'attitude du parti radical genevois nous a paru fâcheuse et, au demeurant, puisque la politique a tenu tant de place en tout ceci, complètement impolitique. Le retentissement de la campagne policière des radicaux et son succès ont été sinon désastreux, du moins déplorables au dehors. Ce n'est pas seulement sur ses vieux antagonistes que le parti radical a frappé; ses coups, ses mauvais arguments ont porté plus loin : il a atteint tous les progressistes plus ou moins groupés en Europe sous la même étiquette que lui, tous ceux qui, dans leurs pays respectifs, défendent la liberté individuelle, les droits de la personne civile dans sa plénitude humaine, sans distinction de sexe. C'est pas là que le parti radical genevois a fait une œuvre mauvaise. Les partis n'ont pas seulement à manœuvrer en vue de victoires éphémères, d'une occupation temporaire du pouvoir; ils ont à rendre compte au tribunal supérieur de la raison et de la civilisation qui, elles, ne sont ni suisses, ni françaises, de la manière dont ils ont servi le progrès général sur le carré de terre dont ils possédé le gouvernement. Le parti radical a oublié le haut rang que Genève tenait depuis des siècles dans la culture générale : la révolution de ce Calvin que les radicaux ont un peu honni y est bien pour quelque chose! Les nations qui ont servi d'éducatrices doivent peu faillir, car les fautes d'une démocratie comme la démocratie genevoise sont aussitôt exploitées contre les autres démocraties luttant dans des milieux héréditaires nationaux moins favorisés.

Le vote dicté par le parti radical genevois a déjà rendu la situation plus difficile pour les partis réformistes dans les pays peu éloignés; ils se heurtent déjà à l'argument, à l'exemple de la République de Genève! Situation peu favorable pour ceux qui luttent depuis trente-cinq ans en Angleterre et depuis vingt-cinq ans dans l'Europe continentale contre les attributions oppressives des pouvoirs de police et pour le progrès moral juridique et hygiénique, car il ne faut point oublier que la question capitale du traitement public des maladies spécifiques (traitement que la police s'obstine à conserver dans ses attributions) est intimement liée à la question de progrès juridique et moral ! Certes la conquête du pouvoir n'est pas indifférente et l'enjeu mérite qu'un parti emploie pour y atteindre toutes ses ressources, mais à une condition sans laquelle cette conquête ne vaut plus qu'au titre d'intérêt particulier, c'est que pour l'emporter ce parti demeure dans sa raison d'être propre, ne déserte pas son rôle de principe et puisse ainsi appliquer sa doctrine, exercer son action désormais officielle avec une honnêteté logique. Si ces conditions font défaut, la politique descend à un très bas degré ; elle n'est plus qu'une lutte pour les places, un conflit d'appétits ou de glorioles, et le spectacle ne mérite même pas la curiosité du badaud.

Dans l'espèce le rayonnement fâcheux du plébiscite policier s'est fait rapidement sentir aux environs de la Suisse romande. La même année, le contre-coup était évident à Bâle, dans les pays Rhénans, en Alsace-Lorraine et tous ces territoires de langue française et allemande où les deux races, les deux civilisations ont accoutumé de se frotter l'une à l'autre et de se laisser orienter par les influences avoisinantes. Dès 1896, la Société de médecine et d'hygiène d'Alsace-Lorraine réunie à Colmar, s'inspirant de la solution genevoise, se déclarait en principe pour le maintien ou l'introduction des maisons de toléranee dans toutes les villes du Reichsland. Vainement quelques médecins rappelaient que les maisons patentées n'empêchaient point la prostitution clandestine ; qu'elles créaient de permanents foyers contagieux ; qu'à Hambourg, à Francfort, à Kiel, à Colmar la suppression n'avait entraîné au point de vue de la santé et de l'ordre publics aucun des inconvénients redoutés ; qu'en France même, les maisons avaient été supprimées sans plus de dommages à Amiens, à Courbevoie (Seine), à Salins (Jura) (1) ; le vœu de la Société de médecine était maintenu. Jusqu'en 1896, le Statthalter, le prince de Hohenlohe, s'était montré très accessible aux vœux de la Fédération en harmonie eux-mêmes avec la législation pénale de l'Empire modelée sur l'ancienne législation prussienne qui interdit les maisons (2) ; après le plébiscite genevois.

(1) A Amiens, par arrêtés, successifs et speciaux à chaque maison, de M. Frédéric Petit maire et sénateur, de 1884 à 1890 ; Courbevoie, par délibération du Conseil municipal du 28 juin 1893, approuvée par arrêté préfectoral du 10 janvier 1894 ; à Salins, par arrêté du 28 avril 1897, de M. le maire C. Champon.

(2) Les paragraphes 180 et 181 du Code pénal de la Confédération de l'Allemagne du Nord du 31 mai 1870, devenu Code pé[nal]

il se montra au contraire fort réservé dans ses rapports officiels avec les sociétés abolitionnistes alsaciennes ; il refusa même de recevoir les déléguées de l'Association des femmes d'Alsace venues pour s'enquérir de l'accueil qu'il continuerait de faire à leur œuvre. Le prince déclara que le gouvernement maintiendrait les maisons partout où elles existaient, à Strasbourg, à Metz et notamment dans les villes de garnison, mais qu'il ne les rouvrirait pas dans les villes où elles avaient été supprimées comme à Mulhouse (1), à Colmar (2) ; toutefois il ne s'opposerait pas aux décisions des municipalités qui voudraient les rétablir. Le prince de Hohenlohe ajouta que bien que ces dispositions fussent en contradiction avec la loi d'Empire, le gouvernement jusqu'à plus ample informé n'envisageait pas les maisons en Alsace-Lorraine comme lieux de proxénétisme mais comme localisation partielle de la prostitution. En terminant le prince renvoya l'Association à un décret ministériel antérieur qui invitait la population civile et les sous-officiers à pourchasser les femmes clandestines, et assura qu'en fin de compte son gouvernement conserverait la règlementation dans toute sa rigueur.

Ce vote plébiscitaire malheureux susciterait beaucoup d'autres observations qui ne seraient point hors de propos dans un chapitre de sociologie biologique comme celui-ci. On pourrait notamment remarquer qu'il y a bien quelque inconvénient à faire trancher par les foules des questions aussi techniques qu'une question d'hygiène et de médecine spéciales. Certes le gouvernement direct est une organisation politique supérieure à la démocratie représentative et comme le dernier mot du gouvernement démocratique, puisqu'il suppose le peuple assez éclairé en toutes choses pour se passer de représentants et trouver lui-même pour toutes questions la solution par excellence.

Dans l'état de culture actuelle des esprits, que le gouvernement direct s'applique aux lois constitutionnelles, aux questions d'orientation politique générale, de paix et de guerre, et surtout de finances, nous y acquiesçons d'une conviction ancienne; mais tels autres sujets sont peut-être d'une compréhension et d'un détail un peu techniques pour figurer à son ordre du jour. Encore faudrait-il que ceux qui se chargent de la préparation populaire au vote, tinssent à honneur de le faire précéder de leçons sur la matière, en sorte que l'électeur fût sinon plus convaincu, du moins plus compétent à la fin de la campagne qu'au début (3).

On pourrait encore faire remarquer au parti radical genevois qu'il est d'une politique et même d'une philosophie historique bien dangereuses de rechercher d'abord si les hommes ou même les partis qui appuient une réforme ont ou n'ont pas une mentalité religieuse, pratiquent ou non telle religion avec telle nuance dans le dogme spéculatif, dans le cérémonial ou dans la morale. C'est un point qu'il a fallu traiter en France quand l'illustre Mme Joséphine Butler y a parlé pour la première fois (1). Nous défions qui que ce soit (qu'on excuse pour une fois cette mauvaise formule) de comprendre un mot et d'expliquer une année de l'histoire d'un peuple qui passe à bon droit pour avoir joué un rôle dans la civilisation du monde, du peuple anglais, si on ne fait pas large place à l'esprit religieux dans tous ses mouvements de grandes réformes particulières ou générales. Dans l'espèce notamment, la cause de

---

le l'Empire d'Allemagne par la loi du 15 mai 1871, proscrivent toutes les formes du proxénétisme (*Kuppelei*), maisons comprises.

(1) Supprimées, en effet, à Mulhouse par la municipalité, il y a sept années, dans la rue des Champs où elles étaient groupées, les maisons n'en ont pas moins été réouvertes, reportées toutefois hors la ville : l'inscription et la visite avaient été conservées.

(2) La réglementation a été supprimée à Colmar et les maisons interdites, il y a dix-huit ans, par le maire, M. Camille Schlumberger, ancien conseiller à la Cour d'appel. M. Schlumberger est mort le 17 juillet 1897. Le maire actuel, M. Fleurent, a maintenu l'œuvre de son prédécesseur. En cas de prostitution-métier, les femmes sont toutefois poursuivies s'il y a contamination de soldats et s'il y a flagrant délit de racolage *vénal*; le *correspondant* est cité comme témoin à charge. Les citations devant le tribunal sont en nombre décroissant depuis 6 ans : en 1894, 66; en 1895, 57 ; en 1896, 34 ; en 1897, 30 ; en 1898 (juillet), 16. (*Rapport* de M. Hoffet, de Colmar, au Congrès de la Fédération à Londres en septembre 1898.)

(3) Il a paru dans la *Tribune de Genève* (n^os^ des 17 et 18 avril 1896) une excellente étude de M. Louis Wuarin, professeur à l'Université, précisément sur cette question du gouvernement direct se combinant — et non se substituant — au gouvernement représentatif. M. Wuarin ne s'est pas placé au même point de vue que nous touchant la qualité des arguments à employer dans la pratique du gouvernement direct pour entrainer le peuple électoral, mais il a simplement demandé que l'exercice de ce gouvernement, qui permet au souverain par le referendum et le droit d'initiative de soumettre à sa propre juridiction les décisions du Parlement et de se constituer lui-même législateur en passant par dessus la tête de ses mandataires, que cet exercice, disons-nous, fût rendu possible par la liberté de discussion. Or, dans la campagne trimestrielle qui a précédé le plébiscite du 22 mars, non seulement la liberté de tribune et de réunion a été étouffée par les bandes anonymes soudoyées par le syndicat des tenanciers, par la foule impatiente des imberbes candidats à l'électorat du surlendemain, toujours en quête de gros tapages et de coups à échanger ou mieux à donner; mais l'on a vu la police, la police officielle, prêter presque main-forte à tous ces agents d'un désordre bestial, les encourager, les défendre au besoin dans leur œuvre de violence et de brutalités; l'expulsion des députés du Grand Conseil, notamment, hors les salles des réunions publiques, avait le plus grand succès de rire dans le corps des gardiens de la paix, rue Calvin, et au département de police. La police, juge et partie dans l'affaire, avait naturellement pris parti ostensible contre ceux qui demandaient la limitation de ses pouvoirs, contredisant un peu l'argument du *Genevois*, « que les maisons avaient pour premier résultat à Genève de supprimer la police des mœurs ». M. Wuarin rappelait, en terminant sa trop courte étude de droit public et de politique, que la police est la gardienne des droits de tous sans distinction, que sa mission consiste non pas à détruire les libertés publiques ou à en garantir le monopole à tel parti, mais à en assurer à tous le commun exercice; le gouvernement direct n'était possible qu'à ce prix : il citait le mot de Gambetta aux magistrats du second Empire dans la plaidoirie Baudin : « Quand nous venons devant vous, magistrats, et que nous vous disons ces choses, vous nous devez aide et protection. » A Genève même, cette aide et cette protection, un grand gouvernant radical, James Fazy, ne les avait jamais refusées à ses adversaires politiques. En 1860, ces mêmes piétistes étaient comme aujourd'hui fort impopulaires; le peuple ne voulait pas cette année-là les jeter au lac, mais — par une variante indifférente — les brûler dans et avec l'Oratoire : Fazy, sans attendre le cri : « Au feu! » mena lui-même dans le temple un peloton de gendarmes et dit à ces zélateurs : « Priez en paix ! » Voilà les mœurs gouvernementales d'un pays de liberté !

(1) V. *La police des mœurs en France et dans les principaux pays de l'Europe* (*op. cit.*), p. 449-450. A Genève, les allégations du *Genevois* à l'endroit de cette fraction du protestantisme et à l'endroit du catholicisme ont été accusées non pas seulement d'intolérance religieuse mais d'erreur... voulue. « Ce n'est pas assez, ont répondu les protestants attaqués, de relever en Suisse les barrières vaudoises, neufchateloises, genevoises ! vous relevez les « barrières ecclésiastiques ». C'est vous, prétendu parti de la tolérance et de la liberté de penser, qui soufflez la guerre religieuse ! » Les catholiques genevois ont protesté plus chaudement encore contre l'accusation d'ultramontanisme. Nous avons sous les yeux une protestation du 11 janvier 1896 où nous lisons : « Nous, catholiques suisses, nous avons plus d'un point de ressemblance avec nos frères de la religion réformée et nous recherchons les occasions de déclarer et de prouver que cette austère et noble confession a toutes nos sympathies. » « Le *Genevois* antidate ses polémiques, avouait un publiciste radical indépendant ; nous ne sommes plus au temps du Sonderbund ! » On voit tout ce que cette question de la police des mœurs a pu soulever de tempêtes dans un verre d'eau... du lac de Genève. Le détail de la vie publique intérieure des républiques suisses est plein d'intérêt, car il est gros d'enseignements.

l'abolition de la police des mœurs a groupé autour d'elle des esprits libéraux sans doute, mais très religieux, comme Gladstone, et jamais il n'est venu à la pensée de J. Stuart Mill ou d'Herbert Spencer, de déserter cette cause parce qu'ils tenaient pour inférieure ou absente la mentalité philosophique de cet homme d'Etat. Ceci dit sans faire plus ample allusion au bien ou mal fondé, dans les annales passées et présentes de Genève, du cri : « Au lac les piétistes ! » Ceci dit également sans que cette observation d'ordre général et conforme aux méthodes les plus élémentaires de la science historique nous fasse imputer d'autres opinions politiques ou religieuses que celles par nous affirmées dans les quelques moments de notre courte vie publique.

Le dernier mot de cette affaire ne laisse pas d'être singulier comme le plébiscite lui-même. En effet, ce triomphe de votation populaire menace d'être finalement inutile. Non seulement il reste que le gouvernement genevois, illogique ou craignant de dépasser la limite, n'a pas comme apothéose de sa victoire présenté le projet de réglementation qui devait, tout en améliorant la situation reconnue défectueuse, consolider le système, mais l'existence de la prostitution patentée se trouve radicalement menacée, maisons en tête, d'une fin prochaine. Jusqu'ici la législation en Suisse est restée cantonale, et cette multiplicité a abouti à des inégalités juridiques choquantes, tel acte étant considéré comme illégal dans tel canton, légal dans tel autre. La codification civile et pénale que la France, l'Autriche, l'Italie, l'Allemagne ont réalisée à diverses dates dans ce siècle, la Suisse veut également la faire ; elle veut par l'unification avoir un droit national à la hauteur des idées modernes (1). Or, le droit pénal genevois, par ses incertitudes, a contribué à créer l'imbroglio dans lequel la République s'est débattue au cours de ces dernières années dans toutes « les questions de mœurs » et le nouveau Code pénal suisse, applicable à toute la Confédération, aura précisément pour objet de fixer le droit et d'en faire disparaitre tout ce que les interprétations intéressées des pouvoirs publics y veulent distinguer ou mettre. Déjà l'avant-projet de Code pénal élaboré par le savant légiste bernois, M. le Pr Stoos, laisse clairement voir les dispositions que la nouvelle législation nationale, sans distinction fédéraliste, édictera en matière sexuelle. Les articles (2) qui visent les provocations publiques, les délits contre la liberté individuelle et l'intégrité sexuelle, embrassent nettement la prostitution, le proxénétisme sous toutes ses formes, les atteintes aux enfants, la contrainte, et la trame des textes est cette fois assez serrée pour que l'organisation de la prostitution par la police et la réglementation du trafic de la débauche d'autrui ne puissent plus filtrer à travers les mailles des mots ou des interlignes. Sans doute, comme l'a fait remarquer le jurisconsulte genevois Louis Bridel, le système de la réglementation étant écarté, le nouveau Code devra se garer d'un autre danger ; il ne devra pas instituer le système de la prostitution-délit : ce serait commettre cette erreur de principe familière aux vieilles législations canoniques qui leur faisait confondre les deux domaines non pas opposés, mais distincts de la morale et du droit. Si la prostitution était un délit, la loi — pour rester la loi — devrait frapper sans distinction de sexe celui et celle qui y prennent part (1) ; le seul point de vue de droit est que la prostitution peut donner lieu à des actes délictueux : ce sont ces manifestations extérieures, quand elles sont de nature à porter atteinte à l'ordre public et aux droits d'autrui, que la loi doit réprimer. Nous n'ignorons pas qu'il existe en Suisse, dans d'autres partis que le radical genevois et notamment dans les partis dits Etatistes, une résolution parfois dominante qui relègue au second et même au troisième plan la liberté individuelle, mais ces partis feront bien de se garder de cette thèse absolue et des suites absorbantes qu'elle emporte. La libre disposition de la personne humaine va de front avec la libre disposition de la conscience, et il n'est pas de loi positive qui puisse plus imposer une morale sexuelle qu'une foi religieuse : la morale, comme la foi, sont choses d'enseignement, d'éducation, de dispositions individuelles. Reste, il est vrai, la grave question médicale, l'hygiène préventive et curative avec ses corollaires, la visite coercitive, l'arrestation et l'internement actuels. « La base de toute prophylaxie rationnelle, dit M. le Pr A. Vincent, repose sur la déclaration obligatoire de la maladie aussitôt que celle-ci est reconnne ; si cette formalité n'est pas imposée, l'administration sanitaire la mieux outillée est impuissante (2)... » et par extension, selon l'argumentation coutumière, la législation engloberait dans les maladies qu'il faut déclarer au bureau de salubrité (3) les maladies spécifiques. Pour nous, tout en approuvant fort le plan d'une législation et d'une administration supérieures d'hygiène qui feraient observer les lois de salubrité de la même manière qu'un ministère politique fait observer la législation de fabriques sur le travail, nous continuons à refuser d'assimiler, dans cet ordre d'idées, les maladies spécifiques aux autres maladies transmissibles, si l'intervention des pouvoirs publics emporte avec elle, pour sanction, des peines afflictives, et à leur manière infamantes telles que l'incarcération dans des prisons honteuses et des hôpitaux diffamés, pendant une durée qui n'a d'autre limite que la décision d'un fonctionnaire de police et le pronostic d'un médecin.

Quoi qu'il en soit, le peuple genevois, d'accord avec le peuple des autres cantons et se déjugeant peut-être, puisque des publicistes notables l'ont averti de la portée

(1) La rédaction de l'avant-projet du Code civil a été confiée à M. le Pr Huber, de Berne. Feu M. Ruchonnet, du canton de Vaud, a joué un role honorable dans le mouvement préparatoire de l'unification des codes (1891) ; il convient de rappeler son nom. D'ailleurs, il y a 50 ans, cette unification était déjà demandée pour la Suisse orientale : le 28 mars 1848, Alf. Escher la proposait au Grand Conseil de Zurich. A diverses reprises des projets de revision constitutionnelle prévoyant l'unification du droit, notamment en 1872, avaient été proposés, mais ils furent repoussés comme animés d'un esprit de centralisation qui portait atteinte aux traditions confédératives.

(2) Art. 103 à 107, 108 à 125, 232 à 233. V. aussi les art. 26, 55 à 57 et 248. V. *Revue de Morale sociale* citée (année 1899, tome I) une étude du Pr Zurcher (de Zurich) sur l'*Avant-projet du Code pénal suisse*.

(1) Le délit de racolage pour être unilatéral n'est pas nécessairement féminin, et si la prostitution est envisagée comme un delit, le délit est bilatéral. Si donc la loi visait le racolage et la prostitution comme délits, elle ne devrait pas dire, en parlant du délinquant, *eine Dirne* (une fille), mais *quiconque* C'est ce que la Fédération a réclamé toute les fois qu'il y a eu remaniement dans une législation pénale cantonale ; c'est ce qu'elle demande à la législation pénale nationale.

(2) *L'Hygiène publique à Genève*. (*Op. cit.*, ch. III, p. 12[illegible].)

(3) La législation cantonale genevoise, par arrêté du 13 janvier 1891, vise la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la coqueluche, le choléra infantile, la dysenterie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, la morve, et force à la déclaration au Bureau de salubrité les médecins, sages-femmes, directeurs d'hospices, de maisons de santé, d'asiles publics et privés, les aubergistes et les chefs de famille.

de son vote, a par *referendum*, le 13 novembre 1898, donné à la Confédération le droit de légiférer non pas seulement un Code civil, mais un Code pénal national, et celui-ci aura pour premier effet de supprimer la police des mœurs dans ses formes vulgivague et cloîtrée. Dans la plupart des cantons, les divers partis démocrates et radicaux, nationaux et indépendants, conservateurs et socialistes ont émis le même vote favorable à l'unification. Il semble que la défaite de la Fédération ait eu une utilité indirecte à laquelle les vainqueurs ne s'attendaient pas. Les baux des maisons de Genève, malgré le plébiscite désormais fameux du 22 mars 1896, n'ont donc plus un très long temps à courir.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le service médical des Bureaux de bienfaisance de Paris.

M. Brard, conseiller municipal du Pont-de-Flandre, vient de renouveler le vœu qu'il a émis déjà l'an dernier. Il désirait que le service médical des Bureaux de bienfaisance pût être assuré par tous les médecins de la Ville en laissant au malade indigent le libre choix de celui qui doit le soigner. Nous avons déjà, l'an dernier, montré comment le libre choix du médecin, qui paraît parfait en théorie, créerait des difficultés, en pratique ; les abus qui pourraient en résulter et la difficulté que les indigents auraient à se faire soigner durant les épidémies et les périodes où les médecins, surmenés par le nombre des malades, pourraient refuser de soigner les malades des Bureaux de bienfaisance. Est-ce à dire que l'organisation actuelle du service médical des Bureaux de bienfaisance est parfaite? Evidemment non. Ici, comme dans beaucoup d'œuvres philanthropiques, on a le simulacre de l'assistance bien plus que la réalité. Le règlement actuel repose sur un excellent principe : celui de mettre, autant que possible, l'indigent malade sur le même pied que le malade aisé, en lui permettant d'être traité à domicile et de se procurer les médicaments nécessaires à sa guérison. Mais le règlement a oublié que les remèdes pharmaceutiques n'étaient qu'une faible partie d'un traitement et que le régime alimentaire jouait souvent un rôle prépondérant dans la cure d'une maladie, surtout dans la classe nécessiteuse. A quoi bon prescrire des remèdes à un tuberculeux qui n'a pas de quoi s'alimenter, à un enfant atteint de diarrhée auquel on ne peut procurer du bon lait, à un anémique réduit par la misère à un régime insuffisant? Dans ces cas, le médecin doit jouer une comédie navrante dont l'assistance pharmaceutique est le brillant mais hypocrite décor.

Un vice de l'assistance médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris, vice contre lequel je ne cesserai de protester, est la séparation des services du traitement à domicile et des consultations aux dispensaires. Il semblerait logique de voir le médecin qui a l'habitude de soigner un indigent chez lui quand il est alité lui continuer ses soins aux consultations des dispensaires, une fois que la convalescence ou la rémission de sa maladie lui permettent de se lever. Eh bien! il n'en est pas ainsi, ce serait trop simple et le malade s'en trouverait trop bien. Deux médecins se succéderont par intermittence, et sans connaître les traitements préalablement appliqués, ils drogueront à tour de rôle et différemment le malade, selon qu'il sera couché ou debout. Voilà un tuberculeux, par exemple, qu'une poussée aiguë retient au lit; il fait appeler le médecin du traitement à domicile qui le soumet à une médication. Au bout de quelques jours, ou de quelques semaines, le malade va mieux : « Mon ami, lui dit son médecin, le meilleur traitement pour vous est de prendre l'air, descendez vos six étages, restez toute la journée dehors et comme vous devez toujours suivre un traitement et être surveillé, allez de temps à autre à la consultation du dispensaire. » Le malade va au dispensaire, il se trouve en présence d'un nouveau médecin qui ne connaît ni ses antécédents, ni la médication qui lui a été administrée ; examiné hâtivement, il reçoit une ordonnance souvent complètement différente de celles du médecin qui l'a traité la veille à domicile et qui reprendra la direction de son traitement demain si le moindre rhume l'oblige de nouveau à garder la chambre. Quel est l'homme de bon sens qui, payant son médecin, voudrait être soigné de la sorte?

Le résultat de cette organisation, c'est que les consultations médicales des dispensaires dans les neuf dixièmes des cas sont des guichets à distribution de médicaments. Le médecin y joue le rôle automatique de copiste d'ordonnances et il ne tarde pas à en être dégoûté complètement s'il a pris, au début, son rôle au sérieux. Quarante, soixante, quatre-vingts malades ou soi-disant tels (et je n'exagère pas) attendent leur tour dans l'antichambre de son cabinet. Il faut les examiner, leur délivrer une ordonnance qu'il doit lui-même recopier pour le contrôle. Il essaie consciencieusement; à midi il a vu, en se pressant, quinze à vingt malades. Vingt, quarante, soixante personnes attendent encore; débordé, il perd la tête, et le plus souvent la consultation se termine ainsi, quand elle ne commence pas de cette façon : « Que désirez-vous? — De l'huile de foie de morue. — C'est bien, voilà. — Et vous? — Du sirop antiscorbutique pour mon enfant. — Tenez, voilà. » Peut-on blâmer ce médecin ? A-t-on le droit d'exiger plus et ne lui impose-t-on pas, trois fois par semaine, un travail de copiste à la vapeur que le moindre plumitif se refuserait à accomplir pour les 600 francs d'indemnité qu'on y attribue?

Il serait bien simple de remédier à cet état de choses, il suffirait d'unifier les services des consultations et du traitement à domicile et de diminuer notablement l'étendue des circonscriptions médicales. Le médecin aurait, deux fois par semaine, ce qui serait très suffisant, une consultation pour les malades de sa seule circonscription. Les connaissant depuis longtemps pour la plupart, il pourrait rapidement se rendre compte de leur état et il éliminerait les pseudo-malades et les mères qui ont la manie de vouloir gorger leurs enfants bien portants de sirops et de drogues prétendus dépuratifs qui leur sont plus nuisibles qu'utiles. Une économie considérable de frais pharmaceutiques en résulterait et les malades bénéficieraient d'un traitement unique pouvant se prolonger méthodiquement durant toute l'évolution d'une maladie même chronique. Ce

serait alors parfait, surtout si l'Administration, accordant toute sa confiance à un personnel médical de choix, supprimait les entraves d'une nomenclature pharmaceutique fatalement défectueuse et ajoutait aux médicaments les quelques aliments indispensables aux divers genres de malades. Il serait facile d'éviter les abus en améliorant sérieusement la situation des médecins, et en sacrifiant sans pitié ceux qui ne feraient pas tout leur devoir. Ces derniers seraient d'autant plus rares que leurs fonctions seraient mieux rétribuées et plus considérées.

De cette façon on créerait, à Paris, une assistance médicale effective, tandis qu'à l'heure actuelle elle n'est, le plus souvent, qu'un simulacre administratif.

J. Noir.

Nécessité de la vaccination et de la revaccination.

La campagne des antivaccinateurs en Angleterre commence à porter ses fruits. D'après une communication faite par M. le Pr Proust, au Comité consultatif d'Hygiène, on aurait observé à Hull, du 1er mars au 31 mai, 13 foyers d'infection variolique ayant déterminé 47 cas de variole avec 11 décès. Les malades atteints, non vaccinés, étaient dans la proportion de 66,6 0/0, et les vaccinés dans la proportion de 8,8 0/0. A cette occasion, M. le Dr Netter a rappelé qu'en Allemagne, durant l'année 1898, il n'y avait eu en tout que *cinq* décès occasionnés par la variole. De ces renseignements, ressort la nécessité de la vaccination et de la revaccination.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 juin 1899. — Présidence de M. le Dr Gellé.

M. Netter expose ses recherches bactériologiques sur l'*épidémie parisienne de méningite cérébro-spinale en* 1898-1899 : il a retrouvé dans un grand nombre de cas le diplococcus intra-cellularis meningitidis de Wichselbaum. Cependant ce n'est pas le diplocoque le plus fréquemment rencontré au cours de l'épidémie; l'auteur a bien souvent retrouvé le pneumocoque et le streptocoque de Bonome. De plus, le diplocoque de Wichselbaum se retrouve aussi dans les méningites suppurées sporadiques, et c'est dans douze cas de l'épidémie que M. Netter a pu l'isoler.

M. Chantemesse. — Il faut bien spécifier que la méningite cérébro-spinale épidémique dont lui et M. Netter parlent, est une maladie bien caractérisée par sa marche, son évolution, sa contagiosité, son épidémicité, et non une maladie quelconque se produisant par cas isolés et dus à l'inflammation des méninges (par streptocoque, bacille typhique, colibacille). La méningite cérébro-spinale fut attribuée par Wichselbaum à un diplocoque particulier : à cette époque, M. Netter soutenait que ce diplocoque n'était pas spécial, mais seulement le pneumocoque de Talamon modifié. Pour M. Chantemesse, la forme même de cette méningite et de sa marche protestaient contre cette assimilation et il ne pouvait s'agir que d'accidents de culture artificielle. Il semblerait que M. Netter ait modifié sa première opinion, puisqu'il reconnaîtrait que parmi les méningites cérébro-spinales épidémiques, les unes relèveraient du diplocoque de Wichselbaum, et d'autres du pneumocoque, M. Chantemesse proteste contre cette opinion; il y a non pas des méningites cérébro-spinales épidémiques, mais une entité morbide bien caractérisée, dont l'agent pathogène est le microbe de Wichselbaum.

M. Griffon expose les caractères de ce diplocoque intracellulaire qu'il a rencontré dans le pus de la méningite cérébro-spinale; il ne pousse pas facilement sur les milieux usuels, mais donne d'abondantes colonies sur le sang gélosé et se multiplie rapidement dans les tubes de sérum de lapin. Il se présente sous la forme d'un diplocoque dont les grains sont aplatis au niveau des faces qui se correspondent, comme le gonocoque. Il est encapsulé et décoloré par le Gram. Dans une même préparation il y a des éléments très variables de volume, les uns très gros, les autres petits. Sous la peau, dans les inoculations à la souris, il n'est pas pathogène; inoculé dans la plèvre, il détermine une pleurésie séro-hémorragique avec infection du sang.

M. Bezançon expose ses recherches sur les *toxines tuberculeuses*.

M. Chapmann fait une communication sur la *copulation de l'éléphant*, sur la gestation de 21 mois, et sur l'accouchement de ce pachyderme. Le jeune éléphant naît enveloppé des membranes embryonnaires et il est curieux de voir ce jeune animal traverser ainsi cette membrane comme plus tard, dans les cirques, il passera au travers des cerceaux. Le savant anglais a eu un vif succès.

M. Roussy présente un *instrument pour les expériences physiologiques*.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

La vaccinoïde.

M. Hervieux présente un travail de M. Carteret montrant que les éruptions avortées dites vaccinoïdes ou fausses vaccines observées dans les revaccinations, suffisent presque toujours à conférer une immunité suffisante.

Médication créosotée.

M. Bucquoy communique une étude de M. Savoire sur la créosote. Celle-ci à doses élevées (et sa faible toxicité permet des doses énormes, 6 et même 10 grammes par jour pendant plusieurs mois) est le remède le plus puissant contre la tuberculose. La coloration noire des urines est sans importance. La créosote est bien supportée par l'estomac. Elle n'irrite que les estomacs déjà malades. Elle constitue même un très bon traitement de la dyspepsie prétuberculeuse.

Etiologie de la tuberculose.

M. Catrin signale la rareté relative et la lenteur d'évolution de la tuberculose dans le premier corps d'armée (nord de la France). Il montre le peu d'influence de l'hérédité.

Injections trachéales dans la tuberculose.

M. Mendel lit un travail sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'injection directe dans la trachée d'huile d'olives stérilisée et portant en dissolution des essences médicamenteuses (gaiacol, iodoforme, etc.).

Goitre basedowifié opéré et guéri.

M. Richelot présente à l'Académie une malade opérée par M. Morestin. Elle était atteinte de goitre, et il s'était développé consécutivement des phénomènes de maladie de Basedow ; il ne s'agissait donc pas de goitre exophtalmique, mais, selon l'expression nouvelle par laquelle on désigne ces cas, de goitre basedowifié. M. Morestin fit une incision sur le lobe droit, énucléa une grosse portion du goitre, en ayant soin de laisser une quantité suffisante de tissu thyroïdien. La guérison locale se fit normalement. En très peu de temps, les signes de maladie de Basedow disparurent.

La radiographie.

M. Laborde lit un travail sur les applications de la radiographie. Il montre en particulier les beaux résultats obtenus par MM. Oudin et Barthélémy. Il propose de leur attribuer le prix Buignet (physique médicale). Ce remarquable rapport et ces conclusions exciteront certainement l'approbation générale. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Raymond.

Splénomégalie tuberculeuse.

M. Vaquez, à propos du procès verbal de la dernière séance, rappelle qu'il a présenté jadis à la Société de Biologie un malade atteint de cyanose et d'hyperglobulie intense, à l'autopsie on constata de la splénomégalie et de l'hypertrophie du foie. Le malade était mort de granulie. La rate était molle et diffluente. M. Vaquez pense que le syndrome indiqué par MM. Widal et Rendu : cyanose, hyperglobulie et splénomégalie, devrait se réduire à l'hyperglobulie et à la splénomégalie. Dans un cas signalé par M. Moutard-Martin, il n'y avait pas de cyanose. Le terme de splénomégalie ne doit pas être aussi admis car les lésions de la rate peuvent être différentes, et des cas de splénomégalie tuberculeuse peuvent ne pas s'accompagner d'hyperglobulie.

M. Widal fait remarquer que dans sa communication avec M. Rendu, ils n'ont fait que constater un fait, sans vouloir établir de syndrome ni établir une théorie. Néanmoins, ces trois symptômes : cyanose, hyperglobulie, splénomégalie, ont coïncidé dans un certain nombre d'observations de tuberculose caséo-fibreuse de la rate. On est encore trop mal fixé sur la physiologie pathologique de la rate pour établir des théories pathogéniques sur ce point.

Diagnostic, pathogénie et thérapeutique de la colique saturnine et de l'appendicite.

M. Legendre rappelle deux cas d'appendicite chez des saturnins observés par M. Sergent dans le service de M. Gaucher. M. Legendre a observé un cas semblable. Un saturnin entra dans son service, se plaignant de coliques saturnines. L'interne, M. Leroy, ayant eu des doutes, à cause du siège de la douleur, de la fréquence du pouls, fit une piqûre de morphine et ne donna pas de drastiques; la maladie évolua et guérit comme une appendicite légère. M. Legendre a observé chez le même malade en même temps une crise de colique saturnine et une appendicite. Le tableau clinique du malade était absolument celui de la colique saturnine. A la suite d'un lavement des peintres et d'une purgation à l'eau-de-vie allemande, le malade eut une selle et fut momentanément soulagé. Le lendemain, le malade fut pris de fièvre, eut un point douloureux spontanément dans la fosse iliaque droite, le pouls atteignit 90°. M. Legendre porte le diagnostic d'appendicite, ce diagnostic est vérifié par M. Chaput qui propose au malade de l'opérer. Ce dernier refuse et M. Legendre ne l'y pousse pas n'étant point partisan de l'intervention pendant les crises. Le malade soumis à la diète, à la morphine et aux lavements donnés prudemment, s'améliora et guérit. M. Legendre rappelle plusieurs cas d'appendicite survenus à la suite de purgation violente ou de lavements irritants. Ces cas d'appendicite pourraient peut-être servir à expliquer la coïncidence de l'appendicite et de la colique saturnine.

M. Florand signale un fait où une colique saturnine fut prise pour une appendicite par un chirurgien qui opéra la jeune malade sans trouver de lésion. Un médecin s'aperçut du liseré des gencives et apprit que la malade s'était intoxiquée par le plomb en suçant des pinceaux en peignant à la gouache. Il donna des purgatifs et guérit la malade.

L'acide cacodylique en thérapeutique.

M. Danlos a depuis longtemps songé à l'application de l'acide cacodylique en thérapeutique. Cet acide contient de grandes quantités d'arsenic et est relativement très peu toxique. On peut administrer l'acide cacodylique sous forme de cacodylate de soude par la voie stomacale ou la voie hypodermique. M. Danlos, par voie hypodermique, ne dépasse pas la dose de 40 centigr. par jour et a pu prolonger son emploi durant longtemps. Il a surtout expérimenté sur des psoriasis. L'effet a été très nettement favorable. L'acné couperosé n'a pas été modifié. Le lichen plan a été peu influencé mais la démangeaison a cessé. Dans le lupus érythémateux, il y a eu des améliorations assez nettes. Dans les tuberculoses cutanées le traitement par le cacodylate de soude a aussi donné d'assez bons résultats. En résumé, les avantages de l'acide cacodylique sont la tolérance plus grande que pour les autres arsenicaux, la facilité avec laquelle on peut l'employer en injections hypodermiques sans déterminer de douleur. M. Danlos met en garde les médecins légistes contre l'erreur judiciaire possible que pourrait occasionner la tolérance considérable de l'arsenic pris sous forme d'acide cacodylique.

Le pouls dans la pneumonie.

M. Carrière (de Lille) adresse à la Société une communication sur le pouls dans la pneumonie. Le pouls, le soir, prend fréquemment les caractères du pouls hésitant qui, sur les tracés sphygmographiques, donnent une ligne ascendante brisée. Ce phénomène se perçoit aisément en tâtant le pouls des pneumoniques graves. Le pronostic de ce signe est très sérieux, il coïncide avec une faible tension artérielle et des défaillances cardiaques dues à la myocardite segmentaire. M. Carrière, sur six malades chez lesquels il a observé ce phénomène, en a vu mourir cinq. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juin 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Traitement des hémorroïdes.

M. Schwartz est partisan de l'ignipuncture dans la plupart des cas. Il se sert, pour l'anesthésie, de cocaïne et de chlorure d'éthyle. Le pansement est fait avec de la vaseline cocaïnée. Sur 100 cas, où il a pratiqué l'ignipuncture, il n'a jamais observé d'hémorragies sérieuses. La durée du séjour à l'hôpital a été de quinze jours en moyenne.

Il réserve l'excision sanglante pour les hémorroïdes volumineuses. Il pratique alors l'opération de Whitehead qu'il considère comme excellente, bien qu'elle soit longue et minutieuse.

M. Delorme pratique depuis longtemps l'extirpation au bistouri des hémorroïdes. Il a soin de disséquer la muqueuse sur le bord interne du sphincter. Il excise un manchon muqueux jusqu'à ce qu'il arrive sur la muqueuse saine. Il passe alors aux quatre points cardinaux de celle-ci des fils en V, destinés à réunir les ailerons de la muqueuse à la peau. Il est nécessaire de constiper les opérés pendant dix jours.

M. Picqué a renoncé à la cautérisation pour s'en tenir à l'ablation sanglante, qui est plus sûre et donne une guérison plus rapide. En cas de tumeurs volumineuses, l'ablation constitue la seule opération radicale. Quant au procédé de choix, M. Picqué donne la préférence à celui de Whitehead. Il l'a pratiqué 24 fois ; la réunion s'opère au bout de huit jours.

M. Delbet fait le procès du thermocautère, qu'il considère comme un mauvais moyen d'exérèse et comme un agent modificateur défectueux. Sa faveur s'explique par le rôle hémostatique qu'on lui attribue; or, il ne produit qu'une hémostase bien imparfaite. D'ailleurs, il expose aux hémorragies secondaires, lorsque la plaie vient à s'infecter, ce qui arrive presque forcément, puisque la thermocautère modifie les tissus en provoquant à leur niveau une inflammation. N'est-il pas imprudent de recourir à un processus inflammatoire pour amener la guérison d'une lésion, qu'on peut guérir par des moyens plus directs et plus sûrs ? Si le thermocautère peut avoir quelques indications, c'est dans les cas d'hémorroïdes procidentes enflammées. Dans tous les autres cas, on doit chercher la réunion par première intention. C'est un des principes de la chirurgie moderne. Or, le thermo y fait obstacle. Bistouri et suture, telle doit être la formule du traitement. M. Delbet pratique indifféremment le procédé de M. Reclus ou celui de Whitehead. Il insiste sur la nécessité d'inciser à l'union de la muqueuse et de la peau. La dissection de la mu-

queuse donne peu de sang, si on a soin de la décoller exactement sur le bord interne du sphincter.

M. Quénu fait observer combien l'exérèse est remarquablement indolente au niveau du rectum. La douleur n'existe qu'en cas d'infection. Il y a donc tout avantage à recourir à une opération aseptique. La cautérisation est toujours douloureuse, d'abord comme brûlure, et ensuite, secondairement, lorsque la plaie devient septique.

M. Tillaux prend la défense du thermocautère. Si on sait bien s'en servir, si on le chauffe au rouge sombre sans le porter au rouge vif, si on a soin d'affaisser les tissus sous le doigt pour comprimer les vaisseaux, on n'a jamais d'hémorragies. Bœckel a montré qu'on pouvait couper l'aorte au thermo sans avoir de sang. Il est injuste de décrier la cautérisation des hémorroïdes, qui a le grand avantage d'être une méthode simple, facile, à la portée de tous.

M. Pozzi appuie l'opinion de M. Tillaux. Il considère l'ignipuncture comme une excellente méthode qui guérit bien les malades. Il serait dangereux de la rejeter, car beaucoup de médecins y trouveront le moyen de soulager et de guérir leurs malades.

M. Poirier s'associe à M. Delbet pour combattre la cautérisation. Il a été témoin autrefois, dans le service de Lefort, d'accidents si dangereux (hémorragies secondaires, infection purulente), qu'il a conservé le plus mauvais souvenir du thermocautère. Cet instrument n'est ni antiseptique, ni hémostatique. Il ne produit qu'une hémostase passagère et provisoire. Pour sa part, M. Poirier ne se risquerait pas à sectionner l'artère radiale au thermo, bien qu'on prétende qu'il soit possible de sectionner l'aorte. Toutes les fois qu'il a à traiter des hémorroïdes, M. Poirier a recours à l'opération sanglante. Il suit le procédé de M. Reclus. Quand on pratique le Whitehead, il faut être très économe de muqueuse et avoir soin de laisser des lambeaux aux quatre points cardinaux, sous peine de voir survenir plus tard un rétrécissement du rectum.

Présentation.

M. Picqué présente un malade, guéri du tétanos par des injections de sérum antitétanique.

M. Delbet présente un malade chez qui il a pratiqué une amputation ostéoplastique de jambe. Le résultat est excellent. Le malade ne se fatigue pas dans la station verticale, la marche est seulement un peu douloureuse.

M. Poirier constate l'excellence du résultat. Le corps prend son principal point d'appui sur le bout du moignon. La pression de l'appareil porte sur le condyle tibial interne seul, point où siège la douleur.

M. Ricard présente une femme, chez laquelle il a pratiqué la résection totale de l'estomac avec ablation partielle du pancréas pour un néoplasme très étendu. Malgré une fistule pancréatique qui a persisté quelque temps, les sutures ont bien tenu.

M. Tuffier fait observer combien la mobilité de l'estomac est variable suivant les sujets. Il est impossible d'abaisser certains estomacs, tant leurs attaches sont résistantes.

M. Poirier pense que ces différences de mobilité tiennent plus à des conditions pathologiques que physiologiques différentes. Dans aucun cas, il n'est possible d'abaisser le cardia ; aussi les sutures sont-elles très-difficiles à cette région de l'estomac, qui en réalité est intra-thoracique.

M. Schwartz présente une tumeur retirée du mésentère. C'est un ganglion calcifié, simulant une véritable pierre.

M. Nimier présente un lipome de la face dorsale du pouce.

M. Walther présente une tumeur du rein, qu'il a enlevée chez une femme, prise d'accidents péritonaux, qui avaient fait penser à la torsion d'un kyste de l'ovaire. P. Rellay.

Hôtel Dieu de Reims. — Le concours ouvert à l'Hotel-Dieu de Reims pour la place laissée vacante par le départ de M. le Dr Doyen a été terminé le samedi 27 mai. M. le Dr Lardennois, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé chirurgien suppléant de l'Hôtel-Dieu. Parmi les autres candidats, M. le Dr de Bovis, professeur à l'École de Médecine de Reims, ayant fait aussi des épreuves très satisfaisantes, le Jury a pris la résolution de demander pour lui, à l'Administration, la création d'une seconde place de chirurgien suppléant.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance de juin 1899.

Deux cas de grossesse extra-utérine. Laparotomie. — Guérison.

M. Delaunay. — Dans le premier cas il s'agit d'une grossesse tubaire, s'accompagnant d'une abondante hémorragie intra-péritonéale, sans qu'il y ait cependant rupture de la trompe ; c'est par le pavillon que s'écoulait le sang. La pièce anatomique fait voir une trompe transformée dans ses trois quarts externes en une tumeur bilobée du volume d'un œuf de poule et la coupe montre un volumineux caillot sanguin. Cette femme qui avait toujours été parfaitement réglée, eut au mois de mars un retard de sept jours. Lorsque ses règles réapparurent, elles prirent un caractère hémorragique et l'écoulement sanguin ne cessa que quelques jours avant l'opération. L'examen direct montra dans le cul-de-sac droit une tumeur manifestement annexielle. On porta le diagnostic de grossesse extra-utérine et la laparotomie fut pratiquée. A l'ouverture du péritoine infiltré, il s'écoula une certaine quantité de sang noirâtre et on aperçut derrière le pubis une masse constituée par les anses intestinales agglutinées au milieu desquelles on trouva l'appendice épaissi et adhérent. On l'enleva au thermocautère après ligature placée à sa base. La tumeur annexielle très adhérente fut enlevée et le cul-de-sac de Douglas rempli de caillots (320 grammes) fut nettoyé avec des compresses stérilisées et on termina l'opération en établissant en drainage et par l'angle inférieur de la plaie abdominale et par le vagin. On insiste sur l'importance du drainage vaginal dans des cas semblables, drainage dont les suites opératoires ont montré l'utilité.

Le deuxième cas intéressant au point de vue du diagnostic, ne l'est pas moins par la nature de la pièce; pour laquelle un examen histologique est nécessaire pour montrer si réellement on est en présence d'une grossesse ovarique. Le diagnostic porté fut appendicite avec lésions des annexes droites. Rien, en effet, soit dans la menstruation, soit dans la localisation des douleurs, n'attira l'attention du côté de la sphère génitale, dont la lésion ne fut constatée que par l'examen direct, tandis que des crises douloureuses successives, localisées dans la région cæcale et un point de Mac Burney très net firent surtout penser à un appendicite. L'incision latérale fut pratiquée et on trouva une appendice allongé, à parois épaissies et adhérent à la tumeur annexielle. On le réséqua au thermocautère et on enleva ensuite les annexes droites. Ces dernières formaient une masse du volume d'une mandarine et donnaient à première vue l'impression d'un volumineux hydro-salpinx. A la coupe, on vit que la masse était surtout constituée par de gros kystes sous-tubaires avec un ovaire en partie détruit et se continuant intimement avec de gros caillots sanguins d'apparence organisée, et une trompe épaissie dont l'extrémité libre oblitérée se confond avec le tissu ovarien.

Malformations multiples chez un fœtus à terme.

M. Blondel présente les pièces et les moulages d'un fœtus mort pendant le travail, né dans le service de M. Maygrier et atteint de malformations nombreuses : Hexadactylie aux quatre membres, double pied bot varus équin, double main botte, spina bifida cervicale, spina bifida sacrée, méningocèle occipitale faisant issue au niveau de la fontanelle postérieure sous forme d'une masse trilobée, renfermant les rudiments d'un cervelet, bifidité de la langue, rétrécissement congénital du gros intestin, etc., et enfin, du coté des organes génito-urinaires, des malformations d'un intérêt particulier. Les reins ont le volume du poing, sont multilobulés et sillonnés de circonvolutions nombreuses et cérébriformes : le bassinet est rudimentaire et les pyramides peu distinctes. Le testicule est resté entièrement abdominal et rattaché à la capsule du rein par un organe vasculaire, foliacé, débris persistant du corps de Wolf : inférieurement, l'épididyme se continue avec un tractus fibreux s'insérant au dessous du pubis sur une fossette péritonéale obturant le canal inguinal et correspondant à une vaginale non descendue. Le scrotum est occupé entièrement par le tissu cellulaire. Le pénis est absent ; l'urètre débouche directement au fond d'une fossette sous-pubienne, abritée par

une collerette peu saillante et occupant le sommet du raphé scrotal. Une impression superficielle eût fait penser à une vulve à grandes lèvres soudées et à clitoris enfoncé sous son capuchon. La vessie est rudimentaire. La rate est de volume et de poids dépassant la normale. L'accouchement avait présenté, comme particularités, la longue durée du travail (23 heures) et une dystocie de nature toute spéciale due à l'énorme volume des flancs gonflés par les tumeurs rénales : la tête, très petite, ne s'engageant pas, une application de forceps fut faite. Mais le périnée, demeuré intact au passage de la tête et des épaules, se déchira incomplètement au moment de l'extraction du tronc.

MM. Budin et Michel étudient l'utilisation du beurre chez le nourrisson. La teneur en graisses du lait de femme peut varier dans des limites assez étendues. Conséquemment les rations de beurre ingérées par l'enfant au sein doivent être elles-mêmes très variables. La richesse moyenne du lait de femme en beurre est de 35 gr. par litre ; les fèces (sèches) normales contiennent 20 0/0 c'est-à-dire 1/5 de leur poids de graisses. Mais MM. Budin et Michel ont examiné des laits contenant jusqu'à 80 gr. de beurre par litre et des fèces renfermant 30 et 60 0/0 de graisses. Les nourrissons qui ingèrent un lait trop riche en beurre présentent des troubles digestifs ; leurs selles sont abondantes et très riches en graisses. Certains enfants débiles utilisent mal le beurre alors même qu'ils l'ingèrent en quantités normales ; ils doivent, dès lors, consommer de leurs propres tissus.

Les nourrissons qui reçoivent des laits trop pauvres en beurre font des gains de poids insuffisants ; l'observation détaillée d'un nouveau-né prenant un lait contenant seulement 14 gr. de beurre par litre, montre que les gains de l'organisme en albumine peuvent être normaux, alors que le gain de poids total est très faible ; dans ce cas, l'enfant doit brûler de ses réserves pour suppléer à l'insuffisance de sa ration de beurre. Ces considérations sont applicables aux laits d'ânesse, ceux que l'on consomme à Paris ne contenant guère que de 9 à 12 gr. de beurre par litre.

Encéphalocèle de la région frontale ayant déterminé secondairement un écartement anormal des cavités orbitaires, la bifidité du nez et un bec de lièvre simple et médian de la lèvre supérieure.

M. Bouchacourt présente l'observation clinique, la pièce anatomique, des photographies et des radiographies d'un cas intéressant de malformations congénitales provenant du service de M. Hutinel. Il s'agit d'un encéphalocèle de la glabelle, qui proéminait sous forme de trompe chez un enfant né à terme, et ne présentant aucune autre anomalie. Ce spina bifida cranien semble avoir eu pour effet de s'opposer à la soudure des bourgeons nasaux. Il a donc produit secondairement l'écartement anormal des cavités orbitaires et des narines qui sont bifides. Le bec de lièvre simple et médian, sans lésion de la voûte palatine, semble avoir la même origine. Mais ce qui est surtout intéressant, dans le cas rapporté par M. Bouchacourt, c'est la présence d'un bourgeon charnu en forme de champignon, qui s'échappe de la narine gauche étant implanté sur la paroi interne de cette narine. L'autopsie de cet enfant, mort à 29 jours de troubles gastro-intestinaux, a permis de voir que les lobes frontaux pénétraient dans l'encéphale, et qu'il n'y avait aucune communication entre l'encéphale et le bourgeon charnu de la narine gauche dont l'interprétation reste obscure. H. C.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM les Drs Helme, Maestrati (de Paris) ; Boutequoy (de Chatillon) ; Bouyon (de Bromont-Lamothe) ; Forest (de Troyes) ; Friot (de Nancy) ; de Fornel, médecin de la marine. — *Officiers d'Académie* : MM. les Drs L. Bonnet Bourdieu, F.-E. Combes, Latty, Lombard, Ch. Morin, Naret, du Périer, Rabion, Sureau (de Paris) ; Barbancey (de Monpont-sur-l'Isle) ; Bouget (d'Auxonne) ; Marché de Sainte-Foy-la-Grande) ; Marquis (de Nîmes) ; Pauffard (de Dijon) ; Royet, médecin de l'œuvre de Villepinte ; Bimler, médecin militaire.

École de Médecine d'Amiens. — M. le Dr D'Hardivillier vient d'être nommé professeur d'histologie à l'École préparatoire d'Amiens.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XXXVII. — La médication arsenicale par le cacodylate de soude.

XXXVII. — Parmi les nouveaux médicaments, un corps anciennement connu, mais jusqu'alors inemployé, vient d'être mis à la mode par les expérimentations de MM. A. Gautier et Danlos ; ce corps est le cacodyle, appliqué en thérapeutique sous forme de cacodylate de soude ; cacodyle est le nom donné par Bunsen à l'arséniure de méthyle, à cause de sa mauvaise odeur. Il fut découvert par Cadret en 1760 et a pour formule C^4H^6As. Le cacodyle, comme le cyanogène, a la propriété de se comporter chimiquement comme un corps simple. En s'oxydant, il donne naissance à un acide, l'acide cacodylique, $C^4H^6AsO^3,HO$, qui, bien que faiblement acide, se combine avec des bases et donne des sels ou cacodylates. Parmi ces sels, le cacodylate de soude est, à l'heure actuelle, une nouveauté thérapeutique, non que l'on ait reconnu à la médication cacodylique des propriétés spéciales, mais simplement parce que, grâce à sa faible toxicité, ce composé arsenical permet d'introduire, sans danger, de fortes quantités d'arsenic et facilite l'application de la médication arsenicale dont l'étude n'est plus à faire. L'acide cacodylique contient 54,3 d'arsenic, ce qui correspond à 72 0/0 d'acide arsénieux, sous forme de cacodylate de soude, il peut être toléré à des doses considérables, 1 gramme, s'il faut en croire M. Hayem. Administré par la bouche, selon M. Armand Gautier, il ne provoque ni diarrhée, ni mélanodermie, ni paralysie arsenicale. Selon M. Alb. Robin, il activerait les échanges et surtout les échanges respiratoires à l'inverse de l'arsenic, et cependant l'arsenic seul paraît bien être l'agent thérapeutique actif de la médication cacodylique. Ce n'est pas d'aujourd'hui que date l'emploi du cacodyle en médecine ; il y a environ vingt ans, des médecins allemands : Jockheim, Chomge, Schmidt, Reuz, Kurschner, etc., voulurent l'administrer ; ils le firent sans succès et parfois observèrent des accidents toxiques dus indiscutablement à l'impureté des produits mis en usage. En France, les premières expérimentations sérieuses furent faites sur les indications de M. Armand Gautier par M. Danlos qui, dès 1896, communiquait à ce sujet ses observations à la Société de Dermatologie, observations qu'il vient de compléter dans un mémoire présenté tout récemment à la Société Médicale des hôpitaux. En même temps, M. A. Gautier conseillait le cacodylate de soude dans le traitement des anémies graves, de la tuberculose, de l'impaludisme. MM. Burlureaux, Rostan, Renaut l'expérimentaient dans la tuberculose pulmonaire.

Mode d'emploi. — Il est d'abord très important que l'acide cacodylique employé soit pur et ne contienne surtout aucun autre composé arsénié. Il peut s'administrer par la voie gastrique, par la voie rectale (Renaut), ou par la voie hypodermique.

Par la voie gastrique, on peut avoir recours à la formule suivante que conseille M. Danlos :

Cacodylate de soude	2 grammes.
Rhum	} àà 20 —
Sirop de sucre.	
Eau distillée.	60 —
Essence de menthe	II gouttes.

Une cuillerée à café de cette solution renferme 0 gr. 10 de cacodylate de soude ; ou bien, l'on peut avoir recours à la forme pilulaire :

Cacodylate de soude.	0 gr. 10 centig.
Extrait de gentiane Q. S. pour une pilule.	

M. J. Renaut (de Lyon) préfère la voie rectale et se sert pour administrer le médicament de la méthode de Vinay pour les injections rectales de liqueur de Fowler. Il se sert des deux solutions suivantes :

1° Solution faible :

Eau distillée.	200 grammes.
Cacodylate de soude	25 —

2° Solution forte :

Eau distillée	200 grammes
Cacodylate de soude	40 —

Il injecte chaque fois le contenu d'une seringue de 5 cc. deux fois par jour pendant six jours, trois fois par jour pendant dix jours, puis fait reposer le malade durant trois à cinq jours et reprend une nouvelle série.

Par voie hypodermique on peut avoir recours à la formule que donne M. Arm. Gautier :

Acide cacodylique	5 grammes
Saturer complètement l'acide par le carbonate de soude et ajouter :	
Chlorhydrate de cocaine. , . . .	0 gr. 08 centig.
Créosote dissoute en 8 gr. d'alcool. .	VI gouttes.
Eau distillée stérilisée Q. S. pour 100 c. c.	

Chaque centimètre cube de cette solution contient 0 gr. 05 d'acide cacodylique.

Danlos donne pour les injections sous-cutanées une autre formule :

Chlorhydrate de morphine . .	0 gr. 025 milligr.
— de cocaine . . .	0 gr. 10 centigr.
Chlorure de sodium	0 gr. 20 —
Cacodylate de soude	5 grammes.
Eau phéniquée à 5 0/0 . . .	II gouttes.
Eau distillée Q. S. pour 100 c. cubes.	

Cette solution se conserve parfaitement et est complétement incolore.

La voie hypodermique, de l'avis de tous, est celle que l'on doit préférer; la dose peut être assez élevée, les expérimentateurs néanmoins s'accordent pour conseiller de ne pas dépasser 0 gr. 10 par jour. La dose moyenne serait de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 par 24 heures. Ces doses peuvent être répétées durant 8 jours, puis il est préférable de suspendre durant une semaine la médication pour la reprendre ensuite. Cependant M. Danlos, dans le traitement des dermatoses, cherchant à obtenir la saturation arsenicale de l'organisme, a pu donner sans accidents et durant plusieurs semaines des doses bien plus considérables.

C'est ainsi qu'il a prescrit de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 de cacodylate de soude par voie buccale chez les hommes par 24 heures, durant plus de quinze jours, et 0 gr. 30 pour les femmes, et que durant deux mois consécutifs, il a pu injecter sans accidents à un malade 0 gr. 40 de ce sel.

L'innocuité du cacodylate est relative ; lorsqu'on atteint le point de saturation de l'organisme, l'on peut constater des phénomènes toxiques caractérisés par l'hyperthermie, de la dyspnée, des poussées congestives, etc.

Le cacodylate de soude a, en outre, l'inconvénient de donner à l'haleine une odeur alliacée, de causer des coliques suivies de selles très fétides et parfois de déterminer des éruptions de dermatite exfoliatrice fébrile.

M. Danlos insiste encore sur un autre inconvénient de la médication cacodylique au point de vue médico-légal qui ne doit pas passer inaperçu. L'administration du cacodylate de soude permet l'emmagasinement dans les organes d'une quantité considérable d'arsenic qui à la suite d'un décès pourrait, dans une expertise, faire croire à un empoisonnement par l'arsenic. Les experts devront donc désormais songer à l'emploi thérapeuthique du cacodyle dans les analyses médicolégales.

Les résultats obtenus avec le cacodylate de soude sont assez satisfaisants pour engager à adopter ce corps dans la thérapeutique courante. Dans la tuberculose pulmonaire, M. Arm. Gautier a obtenu d'excellents effets par les injections souscutanées, en commençant par de faibles doses et en les augmentant progressivement, sans dépasser 0 gr. 10 d'acide. Les injections se répétaient durant une semaine, suivie d'une période d'une semaine de repos, et on imposait en outre au malade la suralimentation (200 à 300 gr. de viande de mouton, aliments phosphorés), en évitant l'usage de l'opium. MM. les professeurs Potain et Renaut, MM. Burlureaux et Roustan ont vérifié sur d'autres malades les succès du traitement préconisé par M. A. Gautier. Dans le diabète avec tendance à la dépression, dans le goitre exophtalmique, l'anémie grave, la leucémie, d'excellents effets ont pu être constatés, et le Pr Renaut a communiqué naguère à l'Académie de Médecine l'amélioration surprenante d'un cas de leucocythémie splénique. Mais où le cacodyle paraît donner les meilleurs résultats, pourvu qu'on le donne à doses suffisantes, c'est dans le traitement de certaines dermatoses. Dans le psoriasis, M. Danlos a obtenu de nombreuses guérisons, malgré cela le malade peut être de nouveau atteint, et, durant le traitement, de nouvelles poussées peuvent survenir. Ceci prouve que le cacodylate n'est pas un spécifique du psoriasis, et qu'en l'administrant, il ne faut ni abandonner, ni négliger les traitements externes. Le prurit diminue dans le lichen plan généralisé. Amélioration constatée dans le lupus érythémateux, mais l'application externe de la solution cacodylatée ne donne pas de résultats bien satisfaisants. Le prurit est atténué et les éruptions bulleuses diminuées dans la maladie de Dühring.

L'acné pustuleuse, le mycosis fongoïde, les tuberculoses cutanées ne sont pas suffisamment influencés par cette médication.

Que conclure de cette revue? Que le cacodylate de soude pas ou peu dangereux permet de porter très loin la saturation arsenicale de l'économie, que les tentatives thérapeutiques faites récemment avec ce corps sont fort encourageantes et qu'il serait très intéressant de poursuivre les études et les expérimentations de ce médicament nouveau. J. Noir.

XXXVIII. — Deux cas de tétanos, traités par l'antitoxine Behring; résultats généraux de cette méthode; par le Dr H. Holsti. (*Finska läkaresällskapets Handlingar*, Helsingfors, mai 1899.)

XXXVIII. — L'auteur rend compte de deux cas de tétanos, observés à la clinique médicale à Helsingfors et traités par les injections d'antitoxine. Le premier cas était une femme de 24 ans qui s'était coupée au pouce. Trois à quatre semaines plus tard elle fut atteinte de trismus et de raideur de la nuque. Elle entra à l'hôpital trois jours après le commencement des symptômes du tétanos. L'affection était légère. Quinze jours après l'éclat de la maladie on fait une injection sous-cutanée de 5 grammes de sérum Behring, dissous dans 45 cc. d'eau stérilisée. Pendant les deux premiers jours après l'injection l'état était le même ; puis une amélioration commença et la malade recouvra lentement la santé. Le second cas : une fille de 7 ans s'était blessée au pied avec un morceau de verre. Quinze jours après elle fut atteinte de tétanos avec crampes aussi dans les muscles respiratoires. Au huitième jour après le commencement du tétanos on fait une injection sous-cutanée de 2 gr. 5 de sérum Behring. Le premier jour, aucun changement, le deuxième jour les crampes étaient un peu affaiblies, mais le troisième l'état fut le même qu'avant l'injection. Le quatrième jour on fait une nouvelle injection de 2 gr. 5 de sérum, après quoi l'état commença à s'améliorer et la fille guérit. L'auteur remarque que ces deux cas ne peuvent être comptés comme cas graves du tétanos aigu. La période d'incubation fut longue dans tous les deux (deux à quatre semaines) et le traitement d'antitoxine ne fut pratiqué au plus tôt que huit et quinze jours après le début de la maladie, c'est-à-dire quand la période la plus douloureuse était passée. Une amélioration très remarquable de l'antitoxine ne fut pas constatée non plus, et il est très incertain si l'issue favorable est due à ce traitement. Trois semaines environ après la première injection, se montra chez le second cas une éruption écaillante aux bras et aux pieds avec une légère fièvre. Ces symptômes disparurent après deux jours. Aucun autre effet défavorable de l'antitoxine ne fut observé.

L'auteur a amassé et exposé tous les cas du tétanos, traités par l'antitoxine, qu'il a trouvés dans la littérature. Il y en avait en tout 170, dont 96 comme guéris et 74 morts, ce qui donne une mortalité de 43,5 0/0. Selon les recherches de Curschmann, Hobart, Frentz, Worthington, la mortalité de tétanos, sans traitement antitoxique, a été de 40 à 45 0/0. On voit que la mortalité, prise en grand, après un traitement de sérum a été la même que sans ce remède, soi-disant spécifique.

En parcourant les descriptions relatives aux cas de cette maladie et les impressions des médecins traitants, on ne trouve pas en général un effet favorable relatif à la thérapie avec le sérum. Ce n'est que dans peu de cas graves qu'on a constaté un effet favorable à l'antitoxine. Dans plusieurs cas les médecins traitants remarquent eux-mêmes qu'on ne peut pas imputer avec certitude l'issue favorable au sérum.

Dans d'autres cas, le lecteur arrive à la même conclusion, quoique le médecin ne le dise pas formellement. Du reste, il y a une grande quantité de cas, où le traitement antitoxique, même pratiqué de bonne heure, a été inefficace. C'est surtout ce fait-là qui parle contre la valeur de ce traitement. De 123 cas, où il a été possible de le constater, le traitement antitoxique fut entamé : Moins de deux jours après l'éclat de la maladie dans 49 cas, dont 34 morts = 69,8 0/0. Entre deux ou sept jours dans 49 cas, dont 14 morts = 28 5 0/0. Après une semaine dans 26 cas, dont 2 morts = 7,7 0/0. Les chiffres ci-dessus ne parlent pas en faveur de l'efficacité de l'antitoxine. On peut plutôt se demander si l'emploi précoce du sérum, n'a pas une influence défavorable sur la maladie. Une telle opinion, basée sur des observations originales, est en réalité émise par E. Rose, Gooding, Krakievitsch et Bruns. Pourtant l'auteur trouve l'expérience encore trop limitée pour permettre de s'exprimer catégoriquement. Mais de l'autre côté, il trouve que l'expérience a prouvé que le remède n'a aucune influence favorable. Enfin, l'auteur annote le fait singulier que dans 23 cas publiés par des médecins italiens, comme traités avec le sérum antitétanique, il n'y avait aucun cas de mort, tandis que le résultat de ce remède a été très défavorable en Angleterre, en Allemagne, en Autriche et en France. On pourrait croire que le sérum italien de Tizzoni est plus fort que celui des autres pays. Mais le sérum Tizzoni employé en Allemagne et en Autriche n'y a pas donné de meilleurs résultats que le sérum de Behring et d'autres.

Il est difficile de comprendre de quoi dépendent les bons résultats en Italie, surtout quand il n'y a aucune cause de supposer que le tétanos en Italie est une maladie plus innocente que dans les pays de l'Europe centrale et septentrionale.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour les analyses de chimie physiologique; par le Dr F. Martz, pharmacien de 1re classe, chef des travaux de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lyon. (1 volume de 250 pages, chez J.-B. Baillière, Paris.)

En écrivant ce livre, le but de M. Martz, ainsi qu'il le dit lui-même dans sa préface, a été de réunir les procédés purement pratiques employés pour l'analyse des principaux produits physiologiques. Il s'occupe d'abord des liquides de l'organisme et en particulier de l'*urine* pour laquelle il indique le dosage des éléments normaux et anormaux. Il s'étend assez longuement sur l'examen microscopique des sédiments. Il étudie ensuite, au point de vue analytique, le *suc gastrique*, les *sérosités diverses* et *liquides kystiques*; un chapitre important est consacré à l'étude du sang et à l'examen médico-légal de ce liquide. Les procédés relatifs à l'analyse du lait sont exposés avec soin. Des chapitres spéciaux sont consacrés à l'étude des divers calculs, *vésicaux*, *biliaires*, *intestinaux*, *salivaires*, et à celle des *matières albuminoïdes* et *ferments solubles*, tels que la *diastase*, la *pepsine* et la *pancréatine*. — Cet ouvrage sera lu avec profit par tous les praticiens qui désirent s'occuper de chimie physiologique.

P. Yvon.

Tableaux synoptiques pour l'analyse des urines et des dépôts urinaires; par J. Drevet, pharmacien de 1re classe. (Chez J.-B. Baillière et fils, Paris.)

Dans cet ouvrage, l'auteur indique, sans entrer dans aucune discussion théorique sur la valeur des procédés qu'il expose, les moyens les plus simples et les plus pratiques pour faire une analyse d'urine. Il énumère d'abord les instruments et réactifs nécessaires et passe en revue les caractères généraux de l'urine. Il étudie successivement les éléments normaux et anormaux. L'examen clinique des sédiments urinaires est exposé avec soin et M. Drevet fait connaître les différentes réactions qui permettent de les caractériser. En terminant, il décrit la technique de l'examen microscopique des sédiments urinaires, le moyen de recueillir le dépôt, de monter et d'examiner la préparation. — Ce petit ouvrage sera certainement utile aux praticiens qui devront faire une analyse d'urine, sans se préoccuper d'aucune considération théorique.

P. Yvon.

Anatomie élémentaire du corps humain; par Etienne Rabaud. (Schleicher frères, éditeurs, à Paris.)

Dans la préface de son ouvrage, l'auteur s'exprime ainsi, en parlant de la science : chacun désire la connaître, au moins dans ses grandes lignes; désir légitime, curiosité nécessaire.

Ces mots semblent nous donner le but qu'a poursuivi M. Rabaud : Faire une anatomie très élémentaire et cependant assez complète, qui puisse permettre à tout esprit quelque peu animé de curiosité scientifique de prendre une notion exacte de la constitution si complexe de l'organisme humain; faire en un mot une Anatomie pour tout le monde. Si nous avons bien interprété le sens de la préface, l'auteur a parfaitement réussi. Dans un volume très court, mais très précis, il est parvenu à donner une idée nette de la disposition scientifique des organes et des appareils; il a réussi d'autant plus amplement à satisfaire la curiosité de ses lecteurs qu'il commence par leur donner des notions d'embryologie, ce qui est pour tout esprit curieux de science le plus séduisant attrait. En deux ou trois pages nous assistons à l'évolution complète de la cellule primitive, dont le développement progressif et les différenciations ultérieures formeront un organisme. L'esprit sera enfin pleinement satisfait par l'examen des superbes planches que l'on trouve à la fin de l'ouvrage, et qui sont faites pour montrer avec quel soin et avec quel désir de satisfaire la curiosité scientifique l'auteur a achevé sa besogne.

Après ces louanges, nous nous permettrons cependant une très légère critique. Il nous semble que certains points sont un peu négligés au profit d'autres, nous ne dirons pas moins importants, mais trop complexes pour être lus avec intérêt dans un ouvrage élémentaire. Ainsi nous aurions préféré une étude un peu plus complète des os du crâne, de leur disposition réciproque, de leurs sutures, de fontanelles chez l'enfant; c'eût été, à notre avis, plus intéressant que la description si difficile de l'encéphale.

S.

VARIA

Souscription au monument du Dr Du Mesnil.

Le comité qui s'est fondé pour élever un monument à la mémoire de notre regretté ami le Dr Du Mesnil a demandé au Conseil municipal une subvention. Cette demande a été accueillie favorablement par le Conseil sur le rapport suivant de M. le Dr A. Lamouroux.

« M. Alfred Lamouroux, au nom de la 4e commission : Messieurs, la mort du Dr Du Mesnil, savant et modeste et si dévoué, a laissé dans le monde médical et administratif de profonds et universels regrets. Il serait inutile de refaire aujourd'hui son éloge. Tout le monde a rendu hommage à sa haute valeur scientifique, à ses lumières administratives, à sa généreuse et utile activité dans les multiples fonctions qu'il a remplies pendant le cours d'une longue carrière consacrée tout entière à la science et à l'humanité.

« A l'asile national de Vincennes, dont il était médecin en chef, au comité consultatif d'hygiène de France, dont il fut si longtemps le secrétaire, à la commission de surveillance des asiles d'aliénés, à celle des logements insalubres, au conseil d'administration de l'école Lepelletier de Saint-Fargeau, à celui de l'hospice Favier, au comité des habitations à bon marché, etc., on le trouve partout, rendant des services avec une compétence, une activité, un dévouement sans bornes.

« La Ville de Paris lui a rendu hommage en lui concédant un terrain au cimetière du Père-Lachaise. Aujourd'hui, un comité s'est formé pour ériger un monument sur cette tombe; votre 4e commission, ainsi que l'administration, vous proposent de nous y associer et de souscrire une subvention de 300 francs pour honorer la mémoire de ce savant et de cet homme de bien. — Ces conclusions sont adoptées. » (Séance du 15 juin.)

Les Syndicats médicaux et le Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels.

A la suite des démarches du bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France, la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels donnait un représentant aux Syn-

dicats médicaux dans le Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels; un autre représentant était en outre attribué à l'Académie de Médecine. L'élection du représentant des Syndicats n'était pas sans offrir quelques difficultés. *Le Bulletin Médical* du 17 juin publie les renseignements suivants, empruntés au décret du 13 juin, qui fixe les conditions de l'élection du représentant des Syndicats médicaux.

« Le représentant au Conseil supérieur des Syndicats médicaux doit être âgé de 30 ans au moins, non déchu de ses droits civils et civiques, et avoir été, pendant cinq ans au moins, membre d'un de ces Syndicats. Les délégués sont choisis par les assemblées générales des Syndicats. Ils doivent être Français, âgés de 30 ans au moins, non déchus de leurs droits civils et civiques. Le nombre des délégués de chaque Syndicat de France et d'Algérie est calculé sur le chiffre total de ses membres et dans les proportions suivantes : jusqu'à cinquante membres, un délégué; de cinquante et un à cent membres, deux délégués. Au-dessus de cent membres, le nombre de deux délégués est augmenté d'un délégué par cent membres. Le nombre des délégués déterminé conformément aux bases ci-dessus indiquées est arrêté par le préfet, chaque année, avant le 15 décembre, d'après les renseignements statistiques envoyés par les Syndicats avant le 1er juillet. Les Syndicats qui ne fournissent pas ces renseignements avant cette date perdent le droit d'avoir des délégués. Lorsqu'il y a lieu de procéder à l'élection du représentant au Conseil supérieur, le Ministre de l'Intérieur fixe le jour, l'heure et la durée des opérations électorales par un arrêté inséré au *Journal officiel*. Le jour fixé doit toujours être un dimanche. C'est ainsi qu'à la date du 14 juin, M. Dupuy a décidé que les Syndicats médicaux seront convoqués le 9 juillet 1899 pour élire leur représentant au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels.

« L'opération aura lieu de la façon suivante : à la suite de la publication dudit arrêté, les présidents des Syndicats appelés à choisir leurs délégués seront invités par le préfet à faire procéder à cette élection par leurs assemblées générales dans un délai maximum de dix jours. Les noms des délégués seront envoyés au maire de la commune où siègent les Syndicats qu'ils représentent. Le maire en arrête et en transmet la liste au préfet. Cette liste est affichée à la mairie. Le 9 juillet, chaque délégué remettra au maire son bulletin de vote dans une enveloppe cachetée qui sera, par les soins du maire, renfermée dans une deuxième enveloppe portant en suscription le titre du Syndicat et le nom de l'électeur, et paraphée par le maire et par l'électeur. Ces enveloppes seront adressées au préfet qui les transmettra sans délai au Ministre de l'Intérieur. A Paris, les bulletins de vote sont remis au préfet de la Seine. Le dépouillement du scrutin sera effectué, dix jours après le vote, au Ministère de l'Intérieur, par les soins d'une commission composée : 1° de deux présidents de Syndicats désignés par le Ministre de l'Intérieur; 2° des deux plus âgés et des deux plus jeunes délégués présents, sous la présidence d'un représentant du Ministre. En cas d'insuffisance du nombre des délégués présents, il est suppléé par les membres des Syndicats médicaux désignés par le Ministre. La commission dresse un procès verbal de ses opérations et transmet au Minitre le résultat de l'élection, qui est publié au *Journal officiel*. L'élection du représentant au Conseil supérieur a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés. Dans le cas où aucun candidat n'obtiendrait la majorité absolue, il est procédé, quinze jours après, à un deuxième tour de scrutin. Cette fois, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où le représentant des Syndicats médicaux cesse, pour une cause quelconque, de faire partie du Conseil supérieur avant l'expiration de son mandat, il est procédé à son remplacement dans un délai maximum de deux mois. »

Le candidat désigné par l'assemblée générale de l'Union des Syndidats médicaux de France est M. le Dr POULIOT, de Poitiers, vice-président du Syndicat de l'Union, président du Syndicat de la Vienne.

La Grèce médicale.

M. le Dr Jean Foustanos, rédacteur en chef du journal médical grec le *Progrès médical* (ιατρική πρόοδος), publie à Syra un recueil mensuel : *La Grèce médicale*, en langue française. Nous devons tout particulièrement applaudir à cette innovation qui contribuera à maintenir auprès des médecins grecs de l'Orient l'influence française. Le dernier numéro de mai de la *Grèce médicale* publiait, comme travail original un mémoire sur : *Quelques troubles paludéens de l'appareil respiratoire*, par le Dr Triantaphyllidès, médecin en chef de l'hôpital de Batoum, une leçon du Dr Cocoris, chef de la clinique chirurgicale du Pr Manghinas (d'Athènes), sur la *cystocèle inguinale*; des articles sur la *paralysie douloureuse des jeunes enfants* du Dr Divaris (de Taganrog, Russie) et sur la *calvitie* par Foustanos (de Syra). Joignons à cela le compte rendu des sociétés médicales d'Orient et une revue bibliographique des travaux des médecins grecs.

Le Secret médical.

Les limites du secret médical ne sont pas encore suffisamment précisées. C'est surtout quand le médecin est cité comme témoin devant le tribunal qu'il peut être forcé de parler contre son consentement et sa conscience. L'auteur rapporte le cas suivant, où il s'est trouvé dans cette situation fatale. Une femme, dont le mari, depuis plusieurs années, vit en Amérique, fut divorcée conformément aux lois et entra dans un nouveau mariage. Le premier mari revient et veut regagner les avantages matrimoniaux de la femme. Cela serait possible s'il pouvait prouver l'existence d'une liaison entre sa femme et le second mari avant leur mariage. Il avait entendu qu'elle avait appelé le médecin avant son second mariage et il cite celui-ci comme témoin devant le tribunal. Malgré ses protestations réitérées, le médecin fut forcé de prêter le serment de témoin et la femme fut condamnée. Il y a donc ici une grave collision des devoirs; d'un côté le secret médical, de l'autre le serment de témoin.

L'auteur trouve qu'il est tombé en faute en parlant Chacun est obligé de prêter le serment de témoin, mais personne n'est forcé de révéler ce que le secret médical interdit. Il trouve qu'il aurait été en plein droit, même après avoir fait le serment de témoin, de refuser à répondre aux questions touchant le secret médical. Il espère que ce refus aurait été respecté. Mais la question est si importante qu'elle fait nécessaire une interprétation légale, décisive. (*Fursk. Läkar. Handlingar*, mai 1899.) K.-W. NYBERG.

Alvéole.

Lors de l'inauguration de l'hospice Favier à Bry-sur-Marne, nous avions été quelque peu surpris de voir appliquer le nom d'*alvéoles* aux cases ou boxes ou encore chambrettes (?) affectées aux hospitalisés. Ce n'était pourtant pas une innovation. Ce mot, en effet, avait été employé à peu près dans le même sens par P. Dupont : B.

Chacun vit clos dans sa triste alvéole,

a dit le chansonnier républicain dans « Belzébuth ».

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir pages XCIV et VII des annonces.)

FORMULES

LXX. — Contre l'embarras gastrique.

Magnésie calcinée	ãã
Phosphate de chaux. . .	ãã
Charbon pulvérisé	ãã
Fleur de soufre	ãã

2 à 4 cuillerées à café par jour. (G. Lyon.)

LXXI. — Pommade pour injections dans la blennorrhagie.

Iodure de potassium	5 grammes.
Iode	1 —
Lanoline.	95 —
Huile d'olives. . . .	5 —

(Finger.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 4 juin au samedi 10 juin 1899, les naissances ont été au nombre de 1029, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 387, illégitimes, 454. Total, 541. — *Sexe féminin* : légitimes, 368, illégitimes, 120. Total, 488.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 4 juin au samedi 10 juin 1899, les décès ont été au nombre de 1013, savoir : 544 hommes et 569 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 8. T. 14. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 19, F. 21. T. 40. — Scarlatine : M. 4, F. 3, T. 7. — Coqueluche : M. 2, F. 5, T. 7. — Diphtérie. Croup : M. 9. F. 4, T. 13. — Grippe : M. 2, F. 3, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 122, F. 75, T. 197. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 13, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 11, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 7, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 38, T. 50. — Méningite simple : M. 22, F. 4, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 20, F. 23, T. 43. — Paralysie, M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 27, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 2, T. 8. — Bronchite chronique : M. 9, F. 4, T. 13. — Broncho-pneumonie : M. 26, F. 20, T. 46. — Pneumonie : M. 20, F. 16, T. 46. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 24, F. 18, T. 42. — Gastro-entérite, biberon : M. 28, F. 15, T. 43. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale, M. 23, F. 12, T. 35. — Sénilité : M. 19, F. 22, T. 41. — Suicides : M. 16, F. 8, T. 24. — Autres morts violentes : M. 19, F. 10, T. 29. — Autres causes de mort : M. 80, F. 79, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 0, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 59, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 13. Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 13, illégitimes, 11. Total : 24.

Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rennes. — *Concours pour deux emplois de Chef de clinique.* — Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs. — Des concours seront ouverts devant l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rennes : 1° le 2 octobre 1899, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale ; 2° le 9 octobre 1899, pour un emploi de chef de clinique obstétricale et gynécologique. — *Conditions des Concours* : Sont admis à concourir les docteurs en médecine français et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, avec condition d'être docteur dans les six mois. Les candidats ne doivent pas avoir plus de 35 ans au moment de l'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles de suppléant, de chef de travaux, de médecin ou chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Rennes, un mois avant l'ouverture du Concours et y déposer leur acte de naissance, leurs diplômes ou certificats d'examens, l'indication de leurs titres universitaires et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs. — *Programme des Concours* : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie afférent à la spécialité du Concours, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent. Cinq heures sont accordées pour la rédaction de cette composition ; 2° une leçon de clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades. Les candidats pourront relativement à l'un des malades se borner à l'énoncé sommaire du diagnostic et du traitement ; 3° une épreuve pratique déterminée par le Jury et qui consistera : Pour la clinique chirurgicale, en une épreuve de médecine opératoire et une épreuve d'anatomie et d'histologie pathologique. Pour la clinique obstétricale et gynécologique, en une épreuve de médecine opératoire obstétricale ou gynécologique et une épreuve d'anatomie et d'histologie pathologique. — 4° Appréciation des titres et des travaux antérieurs des candidats.

Service de Santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale : Au grade de médecin aide-major de réserve : MM. Thibaut et Marcel, médecins aides-majors de 1re classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve : MM. les Drs Aba, Ablon, Ardin-Delteil Argellier, Arondel, Augereau, Avrillaud, Baillet, Ballet, Baranger, Bardet, Baudot, Baudouin, Benard, Biau, Bigotte, Boeri, Bouchacourt, Boyer, Cabon, Capdepon, Chanay, Cholou, Creitzer. Dalos, Decoopman, Degez, Derame, Dubois, Dumas, Duquennoy, Duret, Durouaux, M.-A. Fabre, M.-F.-L.-A. Fabre, Fachatte, Fuchs, Fuynel, Galliot, Gelibert, Gil, Giraud, Gros, Guibal, Guilloux, Guillot, Guiollot, Herin, Isnel, Jaisson, Jolly, Jourdanet, Kuss, Lebert, Lefebvre, Lefournier, Lemoine, Lenail, Lenoble, Lepoutre, Leroy, Lévy, Lucas, Mace, Magnet, Maheu, Martin, Massal, Métayer, Millas, Millot, Mourier, Paquy, Parent, Perraud, Perrin, Poineau, Poirier, Ramond, Rayrolles, Redon, Robin-Masse, Roger, Rondot, Rouanet, Roy, Serre, Taillefer, Tuja, Vielliard et Villaret. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale : MM. les Drs Mallet, Feyat, La Bonnardière, Azoulay, Bresard, Theille, Potie, Lemanski, Baleste, Marichon, Berthet, Piguet, Galtier, Londe, Beauvillard. — M. Barbès, médecin-major de 2e classe à l'école militaire préparatoire d'infanterie de Montreuil-sur-Mer, désigné pour le 3e régiment de chasseurs est maintenu à ladite école. — M. Chambaud, médecin-major de 2e classe au 128e régiment d'infanterie, est désigné pour le 3e régiment de chasseurs. — M. Lefort, médecin-major de 2e classe au 8e bataillon de chasseurs, désigné pour l'école militaire préparatoire de Montreuil-sur-Mer, est désigné pour le 128e régiment d'infanterie.

Service de Santé de la Marine. — Les pharmaciens de 1re classe, nouvellement promus, dont les noms suivent, sont affectés : MM. Rouzières, à Rochefort; Pellen, maintenu à Brest ; Auché, à Rochefort; Dezeuzes, à Cherbourg; Le Naour, maintenu à Brest.

Témoignages de satisfaction. — Le Ministre de la Guerre a accordé un témoignage de satisfaction à chacun des médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie, ainsi qu'à leurs familles, savoir : MM. les Drs Duperrou, à Gacé (Orne); Favre, à Faverges (Haute-Savoie); Berruyer, officier de santé à Nantes; Ducuron, à Castelnau-Rivière-Basse (Hautes-Pyrenées); Vincenti, à Cervione (Corse); Diard, à Rambouillet (Seine-et-Oise); Bauzon, à Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire); Canonne, à Anzin (Nord); Rabel, à Meulan (Seine-et-Oise); Fidel, à Saint-Romain (Seine-Inférieure); Chauvin, à Derval (Loire-Inférieure); Chégut, à Chevagnes (Allier); Jacquey, à Faucogney (Haute-Saône); Bouyon, à Bromont-Lamothe (Puy-de-Dôme); Vincent, à Armentières (Nord); Sayous, à Pessac (Gironde); Lapoulle, à Saint-Sulpice-les-Feuilles (Haute-Vienne); Fuzet du Pouget, à Casteljau (Ardèche); Dupuis, à Annemasse (Haute-Savoie); Chapot, à Saint-Anthème (Puy-de-Dome); Cottigny, à Haubourdin (Nord); Napieralski, à Pont-Audemer (Eure); Bouillon-Lagrange, à Saint-Chéron (Seine-et-Oise); Gasca, à la Motte-Servolex (Savoie); Boulet, officier de santé, à Saint-Didier-la-Seauve (Haute-Loire); Castanet, à Salignac (Dordogne); Chapin, à Allonnes (Maine-et-Loire); De Fayolles, à Rouzan (Gironde); Esménard, à Villeneuve-sur-Yonne (Yonne); Labat, à Nérac (Lot-et-Garonne); Bourgeois, à Jarnac (Charente); Lorber, à Beaucourt (territoire de Belfort); Pujo, à Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or); Martineau, officier de santé, à Coulonges (Deux-Sèvres); Hebert, à Angers (Maine-et-Loire); Salva, à Agde (Hérault); Leboutciller, à Valognes (Manche); Goyenèche, à Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées); Lombard, à Terrasson (Dordogne); Jomard, à Beaujeu (Rhône); Dubois, à Marville (Meuse); Biau, à Cancon (Lot-et-Garonne); Duché, à Montluçon (Allier); Bourguet, à Graissessac (Hérault); Pruneau, à l'Isle-sur-le-Serein (Yonne); Pellat, à Pantin (Seine); Joly, à Fauquembergues (Pas-de-Calais); Rouveyrolis, à Aniane (Hérault); Dartigolles, à Villandraut (Gironde); Cagnoli, à Saint-Martin-Vézubie (Alpes-Maritimes); Alexandrowiez, à Alais (Gard); Salles, à Saint-Ambroix (Gard).

La Tuberculose et les Tanneurs. — Le Pr Schrætter, nous apprend le *Journal d'Hygiène*, a observé que les ouvriers tanneurs étaient indemnes de tuberculose. Parmi huit mille tuberculeux qu'il a soignés, il n'y avait pas un seul ouvrier de cette industrie. La même remarque a été faite à l'hopital des Frères de la Charité, à Vienne. Dans cette ville, le fait est d'autant plus remarquable que la tuberculose pulmonaire constitue la partie principale de la morbidité. S'il en est ainsi à Vienne, il n'en est pas de même à Paris, les cas de tuberculose chez les ouvriers tanneurs qui travaillent dans les ateliers qui bordent la Bièvre sont loin d'être rares et nous pouvons nous-même le constater tous les jours. J. N.

Hospice de La Bourboule-les-Bains. — Dimanche 25 juin, aura lieu à La Bourboule-les-Bains (Puy-de-Dôme) l'inauguration

d'un hospice, dépendant de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Le Ministre des Travaux publics doit à la fois inaugurer l'hospice et la ligne de chemin de fer qui va de Laqueille au Mont-Dore par La Bourboule.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur, fera une excursion géologique publique le dimanche 25 juin 1899 à Orsay. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vons: gare du Luxembourg (ligne de Sceaux) où l'on prendra, à 11 h. 40, le train pour Orsay. On sera rentré à Paris à 4 h. 57. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de Géologie, 61, rue de Buffon, avant samedi à 4 heures.

RÉCOMPENSES. — La Société d'Encouragement au Bien a décerné, dimanche dernier, une médaille d'honneur au *Journal l'Assistance publique*, dirigé par notre collaborateur Albin Rousselet.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. (13e Congrès, 16-21 octobre 1899)—Le 13e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 16 octobre 1899, sous la présidence de M. le Pr Antonin Poncet (de Lyon), correspondant national de l'Académie de Médecine. La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures. Deux questions ont été mises à l'ordre du Congrès: 1° *De l'hystérectomie abdominale totale*, M. Ricard, de Paris, rapporteur. 2° *Tumeurs des os*, MM. Pollosson et Bérard, de Lyon, rapporteurs. — MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris. — Pour tous les renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

ERRATUM. — Contrairement à notre habitude, nous avons omis de signaler l'origine de la nouvelle intitulée : « La taxe des bicyclettes pour les médecins, » à la page 390 de notre dernier numéro. — Cet entrefilet est emprunté à la *Revue Municipale*, et nous nous empressons de réparer cet oubli.

INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS. — M. le Dr E. MENIÈRE vient d'être nommé chirurgien en chef de la clinique otologique de cette institution, place qu'avait occupée autrefois son père. Il succède à M. Ladreit de la Charrière, mis à la retraite d'office. Ont été nommés chirurgiens adjoints : MM. CASTEX et GROSSARD.

CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE DE LA FACULTÉ DE PARIS. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Lenormant, Duval, A. Schwartz, Julin et Fresson. Nos félicitations les plus sincères à notre distingué collaborateur et ami, A. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — *Prix Jean Dubreuilh.* — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 400 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante : *Indications, procédés et résultats de la provocation et de la terminaison artificielles rapides de l'accouchement.* — Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franco de port*, à M. G. SOUS, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 30 avril 1900, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

HÔPITAL DU CREUSOT. — M. le Dr Lagoutte, professeur suppléant à l'École de Médecine de Dijon, ancien interne des Hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'Hôpital du Creusot. M. le Dr Briau, également ancien interne des Hôpitaux de Lyon, a été nommé médecin attaché à l'usine du Creusot. (*Gaz. méd. de Paris.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de : M. le Dr RICHANCOURT (de Bourgogne, Marne). — M. le Dr COCULET (de Montendre, Charente-Inférieure). — M. le Dr MORÉTIN (de Paris). — M. le Dr TARRAS (de Pau). — M. le Dr Martial FORET (de Pau). — M. le Dr MONSARRAT (de Mazamet). — M. le Dr Anastase ZINNIS, professeur à la Faculté de Médecine d'Athènes. — M. le Dr SALTER (de Bucarest). — M. le Dr Théophile STENNER (de Jassy). — M. le Dr SCHULTEN, professeur à l'Université d'Helsingfors.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE, 47, boulevard de l'Hôpital. — M. le Pr RAYMOND : *Clinique des maladies nerveuses*, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — M. le Dr DÉJERINE, *Maladies du système nerveux*, le jeudi, à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe. — M. le Dr Jules VOISIN, *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. GILLES DE LA TOURETTE. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10 h., laboratoire Axenfeld. — *Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles*: M. le Dr Marcel LERMOYEZ. Le mardi : conférence de séméiologie et de diagnostic, le samedi : conférence de thérapeutique; le lundi : petites opérations spéciales ; le vendredi : opérations sur l'oreille et les sinus de la face (9 h. 1/2).

CLINIQUE TARNIER, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale.* M. le Pr P. BUDIN, mardi et samedi à 9 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.*— M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. —Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔTEL-DIEU. — M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de *clinique chirurgicale* le jeudi à 10 heures. Opérations abdominales le mardi. Examen des malades et visite dans les salles le mercredi et le samedi.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux : M. BABINSKI, samedi, 10 h. 1/4. — *Voies urinaires.* — M. le Dr PICQUÉ, chirurgien de la Pitié : consultation spéciale pour les maladies des voies urinaires, le jeudi à 10 heures.

HÔPITAL RICORD. — *Cours particulier de Cypridologie (Maladies vénériennes)*. — M. QUEYRAT, lundi, à 4 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Conférences de radiographie et de radioscopie.* — M. le Dr L.-R. REGNIER : conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche à 10 h. 1/2 du matin.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1898 ;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. CESTAN, CHAPOTIN, KATZ, NOIR (J.), PHILIPPE, SÉBILLEAU et BOYER.

Tome XIX de la collection, un fort vol. in-8° de LXXXVII-234 p., avec 13 figures dans le texte et 13 planches hors texte.— Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

CLADO. **L'asepsie dans le service de gynécologie de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.** Un volume in-16 de 64 pages, avec 8 figures. — Prix : 2 fr.— Pour nos abonnés. 1 fr. 40

HASLÉ (L.). **Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie.** Volume in-8 de 86 p.—Prix : 2 fr. Pour nos abonnés: 1 fr. 35

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

ABADIE, 91, 306.

ABAISSE-LANGUE de Chapotot, 79.

ABBOTT, 140.

ABCÈS (Traitement des — du poumon), 56; — Traitement des — tuberculeux, symptomatiques ou non d'une altération des os, 70 ; — sous-phrénique, 321.

ABDOMEN (Plaie pénétrante de l' —), 202 ; — Un cas de guérison de plaie pénétrante de l' —, avec lésion des intestins, au XVI[e] siècle, 358.

ABELOUS, 320.

ABOULIE systématisée, 54.

ABRAHAM, 337.

ABRICOSSOFF, 292.

ACADÉMIE de Médecine, 24, 42, 53, 71, 92, 104, 122, 136, 154, 171, 187, 202, 219, 235, 276, 288, 320, 336, 350, 368, 382, 400. — Commissions permanentes, 25; — Nouveaux prix à l' —, 328.

ACADÉMIE des Sciences, 6, 70, 91, 103, 121, 287, 319, 381 ; — Election, 80.

ACCÈS (Pathogénie des — pernicieux), 25.

ACCIDENTS maniaques chez une accouchée, 124 ; — La loi sur les — du travail et les médecins, 266.

ACCOUCHEMENT (Sur une cause exceptionnelle de syncope pendant l' —), 188.

ACHARD, 71, 91, 104, 137, 369, 382.

ACIDE cacodylique, 368.

ACIDE vannadique et ses composés, 321 ; — cacodylique en thérapeutique, 401.

ACROMÉGALIE (De l' —), 75.

ACTES de la Faculté de Médecine de Paris (Voir page VII des annonces).

ADISON (Maladie d' —), 137.

ADOLESCENCE (Manie de l' — avec nymphomanie, guérison), 97.

ADOLESCENTS (Criminalité des enfants et des —), 135.

ADULTE (Méningite tuberculeuse de l' —), 270.

AFFECTIONS chirurgicales du tronc, 126 ; — Des — post-traumatiques, 189; — Traitement de quelques — oculaires, 386.

AGRÉGATION (Le régime de l' —) des Facultés de Médecine, 238, — en pharmacie, 376, 392.

AIR artificiel et ses applications à la Médecine, 53.

ALBARRAN, 43, 136, 154, 205, 340.

ALBUMINE Molécules d' —, 21.

ALBUMINURIE après des crises épileptiques, 269.

ALBUMINURIQUES Allaitement chez les —), 204.

ALCOOL (Le rôle du médecin dans la lutte contre l' —), 234 ; — dans les hôpitaux, 350.

ALCOOLIQUES Les persécutés —), 59.

ALCOOLISME, 6, 13; — des femmes normandes, 92 ; — L' — chez les enfants, 110 ; — L' — dans les milieux ruraux, 234 ; — Thérapeutique sans alcool, 234 ; — La lutte contre l' — dans les bureaux de bienfaisance de Paris, 234 ; — Question de l' —, 249; — Le repos au lit dans les formes aiguës de l' —, 270 ; — et tuberculose, 288.

ALDESMITH, 326.

ALCIDITÉ progressive secondaire des nouveau-nés, 219.

ALIÉNATION mentale de l'enfance, 345.

ALIÉNÉS (Rapport général sur le service des — en France), 228 ; — méconnus et condamnés, 230 ; — Intervention chirurgicale chez les —, 268 ; — Traitement familial des —, 348.

ALIMENTATION du nouveau-né débile, 275.

ALLAITEMENT chez les albuminuriques, 204.

ALPY, 201.

ALTÉRATION des os des pieds et des mains dans la lèpre mutilante, 357.

ALTITUDE (Station d' — et sanatoria), 17.

ALVÉOLE, 406.

AMAUROSES et amblyopie quiniques, 353.

AMBLYOPIE toxique, 60.

AMBLYOPIE monoculaire hystérique coexistant avec une vision binoculaire normale, 356.

AMBULANCE automobile, 328.

AMBULANCIERS (Association des — de France), 140, 375.

AMÉLIE-LES-BAINS. — Le climat et les eaux sulfureuses d'—, 341.

AMPHITHÉÂTRE d'anatomie des hôpitaux, 176, 296.

AMYOTROPHIE tardive des membres supérieur et inférieur gauche, 271.

ANALGÉSIE trachéale profonde chez les tabétiques, 122.

ANALGÉSIQUES (Les nouveaux —), 241, 263.

ANATOMIE (Note sur l' — de la dégénérescence kystique congénitale des reins et du foie, 54 ; — élémentaire du corps humain, 405.

ANDERSON, 9.

ANDRIEU, 252.

ANÉVRISME de la carotide primitive gauche, avec extirpation du sac, 157 ; — de la sous-clavière, 171 ; — artério-veineux, 203.

ANGINE (Fausse — de poitrine consécutive à un rêve subsconcient), 267.

ANGIOMES (Etude du traitement des — par l'électrolyse), 308.

ANGLADE, 217, 229, 263.

ANIMAUX et le chimisme respiratoire, 382.

ANORMAUX Enfants —), 170, 247.

ANOSMIE (de l' —), 370.

ANTONY, 289, 351.

ANURIE (Néphrostomie pour —), 304 ; — Néphrotomie au douzième jour de l' —, 339 ; — De la suture immédiate du rein après néphrotomie pour — calculeuse, 339 ; — Néphrotomie pour —, 369.

ANUS (Imperforation de l' —, 26.

AORTE De la mort subite et suspecte par rupture spontanée de l'—, 251.

AORTITE en plaques paludéenne, 350.

APHASIE sensorielle, 253.

APOPLEGIA cerebral, 387.

APPAREIL faradique à bobine oscillante, 252 ; — Les — orthopédiques en celluloïde, 393.

APPENDICITE, 72, 92, 104, 136, 171, 187, 235; — Discussion sur l' —). 26, 43, 107, 123 ; — dans l'armée, 53, 202 ; — Pronostic de l'—, 73 ; — Traitement de l' — 105, 123, 137 154, 155, 171, 235, 289 ; — Etiologie de l' —, 202 ; — aiguë perforante, 203.

APPERT, 336.

ARBUTHNOT-LANE, 29.

ARMAIGNAC, 352.

ARRIÈRE-FAIX Extraction de l' — après l'avortement), 250.

ARSENIC (De l'efficacité de l' — contre les accidents de la médication thyroïdienne), 325.

ARSONVAL (D'), 320.

ARTHAUD, 291.

ARTHRITE suppurée, 273.

ASEPSIE opératoire, 203, 235.

ASILES d'aliénés. — A. de Marseille, 144, 267 ; — A. de la Seine, 14 ; — Concours de l'Internat, 32.

ASPHYXIE Influence de l' — sur les contractures utérines), 122.

ASSAINISSEMENT de la Seine, 227

ASSAINISSEMENT des villes : Cherbourg, 303 ; — l'organisation du service des eaux et l' —, 394.

ASSISTANCE L' — des vieillards dans le département de la Seine), 89 ; — et traitement médico-pédagogique des enfants anormaux, 170.

ASSISTANCE médicale au Palais de Justice, 144

ASSISTANCE publique Plaintes contre l' —, 110 — à Paris, 159 ; — Décret accordant la franchise postale au directeur de l' — pour la correspondance qui lui est adressée, 248 ; — Médecins de l' — et inspecteurs des enfants du premier âge, 295 ; — Le conseil supérieur de l' —, 343 ; — Question d' —, 374.

ASSOCIATION amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie, 46.

ASSOCIATION française pour l'avancement des sciences, 295, 391.

ASSOCIATION générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, 227.

ASSOCIATION des médecins de la Seine, 293.

ASSOCIATION de la presse médicale française, 311.

ASTHME des foins ; ses causes et son traitement, 9.

ASTIER, 217.

ASTRAGALE (Luxation double de l' —), 235.

ASTROS (d'), 71, 269.

ATHIAS, 288.

ATLAS manuel de chirurgie opératoire, 11.

ATROPHIE musculaire tardive chez un malade porteur d'un foyer ancien de paralysie infantile, 1.

ATTENTAT aux mœurs, 344.

ATTITUDES (De la correction des — vicieuses et du raccourcissement dans la coxalgie), 371.

AUBEL, 340.

AUCHÉ, 171.

AUDEBERT, 250, 275.

AUDION, 193.

AUGAGNEUR Le P[r] — et l'affaire Dreyfus), 392.

AUSSET, 27, 92.

AUTOPSIES de trois cadavres brulés, 106 ; — des criminels exécutés, 121.

AUVERGNE L' — médicale), 319.

AVORTEMENT (Extraction de l'arrière-faix après l' —), 250.

AZÉMA, 93.

B

BABES, 28.

BABETTE, 155.

BABINSKI, 202, 319.

BACILLE D'EBERTH (Note sur quatre microbes rappelant le —), 77 ; — Influence de l'infection par le —, 154; — pyocyanique, 273.

BAGOT, 104.

BAILLET, 53.

BAISER (L'origine du — . 30.

BALLANTYNE, 386.

BALLET, 122, 202, 228, 250, 381.

BALTHAZARD, 103, 350, 367.

BALLUZE, 41.

BANQUETS. — B. de l'Association des internes et anciens internes en Médecine des asiles d'aliénés, 280. — Le B. du D[r] Emily, 392. — B. Gombault, 96, 111, 141. — B. de l'Internat, 192, 256. — B. offert aux médecins membres du Parlement, 186. — B. Verchère, 61.

BAR, 54, 250, 274, 370.

BARATIER, 234.

BARATOUX, 75, 76, 71.

BARBAROUX 176.

BARBERET, 257.

BARBIER, 28, 54, 122, 136.

BARDIER, 233.

BARETTE, 32.

BARNHILL, 9.

BASEDOW 357.

BASSÉ, 275.

BASSET, 210

BASSIN (Présentation d'une radiographie d'un — chez une femme rachitique), 204 ; — Classification des rétrécissements du —, 274 ; — Comparaison de la parallèle des diverses opérations pratiquées sur les — viciés, 274.

BASSINET (Traitement des pyonéphrites par le lavage du —), 340.

BATIGNE, 93.

BAYET, 216.
BAZY, 26, 156, 172, 202, 235, 289, 337, 383.
BEADLES (C.), 290.
BECHTEREW, 256.
BÉCLÈRE, 72, 137, 155, 288, 291, 321, 351.
BELOUET, 290.
BÉNARD, 340.
BENOIT, 26.
BEREZOWSKY, 235.
BERGER, 123, 137, 172, 187, 235, 249, 351.
BÉRIBÉRI (Étude clinique du —), 189.
BÉRILLON, 270.
BERNARD, 7, 304.
BERNHEIM, 57, 113.
BERRY, 386.
BERTRAND, 319.
BEZANÇON, 91, 400.
BETTREMIEUX, 354.
BEURNIER, 203.
BI-ACÉTATE de morphine ou héroïne, 44.
BICYCLETTE (La — chez les hernieux), 72; — La taxe des — pour les médecins, 390.
BIBERON (Origines du —), 390.
BIDON, 267.
BIESENTHAL, 384.
BILECHOWSKY, 356.
BIENFAIT, 234.
BILHAUT, 124.
BINET, 382.
BINOT, 336.
BIOXYDE (De l'emploi du — de sodium dans l'étude de la fonction respiratoire), 103.
BLANCHARD, 76.
BLENNORRHAGIE (Traitement de la —), 9.
BLESSURES de « machete », 605; — de l'uretère, 139.
BLIN, 142.
BLOCH, 71.
BLOCQ, 291.
BLONDEL, 249, 403.
BOÉ, 238.
BOINET, 270.
BOISSARD, 54, 275.
BOISSIER, 60, 158, 341, 381, 388.
BOISSONS alcooliques (VII[e] congrès international contre l'abus des —), 21, 61, 216, 233.
BOIT (Ce qu'on — en France), 13.
BONCOUR (P.), 27, 30, 234, 371.
BONCOURD, 290.
BONNIER, 24, 154, 370.
BONUS, 122.
BOSC, 368.
BORDIER, 71.
BOSSI, 250, 274.
BOUBILA, 267.
BOUCHACOURT, 124, 220, 251, 275, 403.
BOUCHARD, 7, 24, 248, 288.
BOUCHE (Hygiène et thérapeutique des maladies de la —), 108.
BOUCHER (de Saint-Servan), 286.
BOUCHEREAU, 251.
BOUCHERON, 188.
BOUGLÉ, 337.
BOUILLY, 220.
BOULLÉ, 124.
BOULULA, 215.
BOURBON-L'ARCHAMBAULT, 340.
BOURGEOIS, 352.
BOURGON (de), 24.
BOURNEVILLE, 6, 30, 97, 110, 121, 135, 154, 161, 170, 217, 228, 232, 247, 248, 254, 287, 303, 309, 345, 349, 388, 400.
BOUSQUET, 91, 339.
BOUTINEAU, 328
BOUTON (Emploi du — de Murphy), 55.
BOUVET, 109, 214.
BOYER, 345.
BRANCO, 320.
BRARD, 399.
BRANIER, 368.
BRAS (Inflammation des gaines tendineuses de la main et de l'avant-bras), 377.
BRAULT, 53.
BRIAND, 188.
BRIDE, 11.
BRINDEAU, 55, 251.
BRISSAUD, 344, 386.
BROCA, 43, 248, 304, 322, 383
BROMHYDRATE de scopolamine, 24.
BROMURE de camphre (Du — dans le traitement de l'épilepsie), 325.
BROMURE de strontium, 319.
BROUARDEL, 52, 70, 322.
BRONCHES (De l'action peu nocive du tabac sur les —), 142.
BRONCHO-PNEUMONIE infantile, 288.
BRUCE, 170, 322.
BRULL, 309.
BRULURES (Contribution critique à l'étude du traitement des — spécialement par l'acide picrique), 7.
BRUN, 105, 155, 202.
BRUNON, 92.
BRUNTON (Lander), 74.
BUBONOCÈLE, 124.
BUCQUOY, 400.
BUDIN, 43, 171, 204, 250, 274, 403.
BUISSON, 73, 216.
BUREAUX de bienfaisance (La lutte contre l'alcoolisme dans les — de Paris), 234. — Le service médical des — de bienfaisance de Paris. 399.
BUREAU de santé (Un — au XVII[e] siècle), 106.
BUROT, 387.
BUSTES. — Hameau (J.), 128.
BYWATER, 292.

C

CADAVRES (Autopsie de trois — brûlés), 106.
CAISSE des pensions de retraite du corps médical français, 279.
CALCULS (Traitement des — prostatiques), 10; — de l'urètre chez un enfant, 10; — vésical chez l'enfant, 139; — Volumineux — vésical, 339, 840.
CALVITIE (Cure de la —), 111.
CAMPHRE (Acuité de l'odorat par l'emploi du —), 320.
CAMUS, 368.
CANABAL, 338.
CANAL cholédoque (Un cas d'obstruction du — par un calcul de cholestérine), 313.
CANCER (Végétations épithéliomateuses vomies dans le — de l'estomac), 25; — De l'hystérectomie vaginale totale pour — de l'utérus, 33, 81, 145; — Résection de l'estomac pour —, 53; — Evolution simultanée d'un — et d'une tuberculose sur un même point constitue une rareté, 71; — De l'intervention chirurgicale dans les — du larynx, 75; — du pylore, 105; — Chirurgie du — du rectum, 172; — Gastrectomie pour —, 235.
CANCEROUS (Twenty — tow years experience in the treatment of — and other tumours), 254.
CANITIE d'origine émotive, 380.
CAPACITÉ nourricière, 276.
CAPVERN (Les eaux de —), 232.
CARACACHE, 250.
CARRIER, 106, 188, 252, 322.
CARRIÈRE (de Lille), 104, 122, 171, 320, 368, 401.
CARRION, 136.
CARTIER, 71, 91.
CASÉIFICATION totale des capsules surrénales, 7.
CASSA, 267.
CASTAIGNE, 136, 137, 248, 288, 320, 335, 368.
CASTELOT, 387.
CASTEX, 76, 370.
CASTRO Y LATORRE, 157.
CATARACTE (De la suppression du pansement après l'opération de la —), 352.
CATHÉTÉRISME de l'uretère, 9; — cystoscopique des uretères, 309.
CATRIN, 400.
CAUSSADE, 171.
CEBRIAN, 60.
CELLULE hépatique (La — chez les chlorotiques), 248.
CELLULOIDE (Les appareils orthopédiques en —), 393.
CENDRES (La crémation et les — de Marceau), 390.
CENTENAIRE de l'Académie de Médecine à Saint-Pétersbourg, 15; — Une —, 112, 296.
CENTRES NERVEUX (Lésion des — dans l'épilepsie expérimentale d'origine absinthique), 381.
CERTIFICATS médicaux et conseils de revision, 168.
CERVEAU (Le — de Helmholtz), 390.
CESTAN, 1, 361.
CHABBERT, 237.
CHAIRE d'histoire de la médecine, 256, 344; — La — de clinique gynécologique et de clinique chirurgicale des enfants, fondations de la Ville de Paris, 200.
CHAMBERLAIN, 335.
CHAMBRE (Injections et lavages antiseptiques de la — antérieure), 352.
CHAMBRELENT, 122.
CHAMEL, 202.
CHAMPIONNIÈRE, 72, 382.
CHAMPS d'épandage (Visite aux — de la ville de Paris), 373.
CHANCRES syphilitiques du mamelon chez une nourrice, 54; — du larynx, 370.
CHANTEMESSE, 135, 400.
CHAPMANN, 400.
CHAPUIS, 318.
CHAPUT, 105, 155, 172, 203.
CHARLES, 249, 274.
CHARPENTIER, 27.
CHARRIER, 25, 171, 187, 211.
CHARRIN, 6, 71, 136, 154, 287, 320, 368.
CHARTREUSE (La composition de la —), 142.
CHAUFFARD, 72, 249, 382.
CHAUVEAU, 287.
CHAUVEL, 6, 53, 220.
CHAVANE, 54, 171, 204, 250.
CHEMINS de fer (Hygiène des —), 373.
CHERBOURG (Assainissement de —), 303.
CHÉRON, 124, 204, 220, 251, 270.
CHEVALLEREAU, 187.
CHEVALIER, 340,
CHEVANDIER, 310.
CHEVEUX roux, blonds et bruns, 109.
CHEVILLON, 319.
CHIBRET, 104.
CHIENS (Sur l'infection typhique expérimentale chez les —), 121.
CHIMISME (Animaux et le — respiratoire), 382.
CHIPAULT, 25, 53, 170, 202, 235, 248, 288.
CHIRURGIE nerveuse, 25; — orthopédique, 393; — La — pulmonaire et les pleurésies interlobulaires, 72; — urinaire, 391.
CHIRURGIENS (Le paiement d'honoraires des médecins et — des hôpitaux), 286.
CHLOROTIQUES (Cellule hépatique chez les —), 248.
CHOISY (Le scandale de —), 311.
CHOLÉDOQUE (Un cas d'obstruction du canal du — par un calcul de cholestérine), 312.
CHOLESTÉRINE (Un cas d'obstruction du canal du cholédoque par un calcul de —), 313.
CHORÉE (Les lésions histologiques du système nerveux central dans la — chronique héréditaire), 269; — Traitement de la —, 292.
CHOROÏDE (Sarcome de la —), 187.
CHRISTIAN, 106.
CIRCONCISION (De la — par le procédé de Rebreyend), 125.
CIRRHOSE hypertrophique, 248. 335; — alcoolique, 367; — veineuse, 368; — biveineuse, 381.
CLADO, 129, 139, 339, 377.
CLAIRIN, 201.
CLAISSE, 54.
CLAPARÈDE, 136.
CLASSES spéciales (Les — pour les enfants arriérés), 247.
CLAUDE, 71, 154, 367.
CLAVICULES (Fracture simultanée des deux —). 383.
CLIMATOLOGIE de la région de Paris, 140.
CLINICAL lectures, 29.
CLINIQUES (Les — et la patente des médecins), 223; — Le service de la — des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Toulouse, 236.
CLINIQUE chirurgicale, 45, 129, 177, 214, 315, 377.
CLINIQUE médicale, 1, 113, 313.
CLINIQUE mentale, 97.
CLINIQUE nerveuse, 161, 361.
CLOISON (Perforation de la — interventriculaire), 304; — congénitale de l'intestin, 384.
CLUZET, 233.
COBAYE (Injections successives des microbes de septicémie du —), 154; — Rouge du — et du rat adulte, 287; — Injections à des — de petites doses de strychnine, 335.
CŒUR (Chirurgie du — et du péricarde), 93; — Occlusion des orifices du —, 287; — Le — chez les tuberculeux, 291; — Malformations du thorax et du —, 336.
COHN (T.), 253.
COLIN, 43.
COLIQUES hépatiques (Mort subite au cours d'une crise de —), 72; — saturnine et appendicite, 401.
COLLÈGE royal de médecine de Londres, 128, 176.
COLLET, 370.
COLLIDGE, 61.
COLLYRES huileux en ophtalmologie, 54.
COLOLIAN, 59.
COLONIAUX (Maison de convalescence des — de Sèvres), 376,
COLONISATION familiale (Note sur la —), 270.

COMITÉ de rédaction, 1.
COMMERCE des spécialités pharmaceutiques à San Francisco, 62.
COMMISSION des logements insalubres, 14.
COMMISSION du budget, 64.
COMMUNICATIONS (Congrès des Sociétés savantes : Liberté des —), 286.
COMPENDIEUSEMENT, 390.
CONCOURS d'accoucheurs des hôpitaux, 360.
CONCOURS de chirurgie des hôpitaux, 360.
CONCOURS pour le clinicat à la Faculté de Médecine de Paris, 360.
CONCOURS de l'externat des hôpitaux, 15; — d'agrégation des Ecoles supérieures de Pharmacie, 239; — de l'internat, 48; — des médecins des hôpitaux, 192; — contre la tuberculose de Berlin, 239; — des médecins des Bureaux de bienfaisance, 392; — d'aide d'anatomie de la Faculté de Médecine de Paris, 408.
CONCOURS de médecine des hôpitaux, 360.
CONFÉRENCES cliniques sur les maladies du système nerveux à la Salpêtrière, 302; — La Croix-Rouge à la — de la paix, 342.
CONFÉRENCES de la Faculté de Médecine, 174, 190; — Cours et — dans les hôpitaux, 205; — Quatrième — d'électrothérapie de la Charité, 225; — antialcoolique à Bruxelles, 373.
CONGESTION pulmonaire massive, spléno-pneumonie, 171.
CONGO français, 328.
CONGRÈS. — de 1899, 238, 327. — C. allemand de la tuberculose, 80, 388. — C. d'assistance de 1900, 296. — C. français de médecine à Lille, 112, 312, 343. — C. international de Berlin, 344, 359. — C. international contre l'abus des boissons alcooliques, 21, 61, 216, 233. — C. international de gynécologie, 159. — C. international de la Presse médicale, 144. — C. (Vᵉ — de Médecine), 144. — C. (Xᵉ — des médecins aliénistes et neurologistes de langue française à Marseille), 215, 217, 267. — C. de Médecine professionnelle de 1900, 32, 63, 382. — C. d'ophtalmologie, 305, 323, 352. — C. scientifique latino-américain, 338. — C. de la Société allemande de gynécologie en 1899, 240. — C. des Sociétés savantes, 144, 232. — Liberté des communications, 286; — Premier — international de médecins de Compagnies d'assurances sur la vie, 375.
CONGRÈS internationaux L'hygiène publique et les —), 367.
CONSEIL supérieur de l'Assistance publique, 343.
CONSEIL général de la Seine, 376.
CONSEILS de revision (Certificats médicaux et —), 168.
CONSEIL supérieur de la prévoyance et de la mutualité, 328.
CONSEIL de surveillance de l'Assistance publique, 48, 144.
CONSULTATIONS (Les — externes des hôpitaux), 349.
CONSULTATIONS médicales sur quelques maladies fréquentes, 8.
COROON (Ligatures des vaisseaux du —), 203.
CORNÉE (L'holocaïne et la guérison des plaies perforantes de la —), 45; — Fistule congénitale de la — 324; — Un cas de régénération complète de la —, 352.
CORNET, 44, 56, 121, 138, 141, 306, 309, 354, 384.
CORNIL, 227, 318.
CORNILLON, 153, 313.
CORPS étrangers (Un — dans le larynx), 75.
CORPS médical français (Caisse des pensions de retraite du —), 224, 279.
CORPS mous De l'aspiration des — dans la vessie), 339.
CORRESPONDANCE Décret accordant la franchise postale au directeur de l'Assistance publique pour la — qui lui est adressée), 248.
COSSAC, 215.
COSSET, 315.
COU (Chirurgie du —), 12.
COUCHE OPTIQUE (Tumeur de la —), 356.
COUËTOUX, 237.
COURMONT, 154, 320.
COURIER (Paul-Louis) et la danse, 62.
COURS et conférences de la Faculté de Médecine, 174, 190. — C. dans les hôpitaux, 205. — C. de minéralogie biologique, 292. — C. de stéréographie à l'usage des médecins, 41.
COURTADE, 53.
COUVEUSE et hygiène des nouveau-nés, 250.
COZZOLINO, 291.
CRAMPE (Un cas de — de dactylographie), 253.
CRANE (Percussion méthodique du —), 202; — Luxation vertébrale aux fractures du — et du sternum, 214; — Etude sur le — des aliénés), 290.
CRANIECTOMIE (Nouveau procédé de —), 249.
CRÈCHES (Au sujet du fonctionnement des —), 41.
CRÉMATION, 309; — La — et les cendres de Marceau, 390. (V. INCINÉRATION).
CRIMINALITÉ des enfants et des adolescents, statistique, 135.
CRIMINELS (Autopsie des — exécutés), 121; — Le sens moral chez les —, 235.
CRISES épileptiques (Albuminurie après la —), 269.
CRISTALLIN (Traitement chirurgical de la myopie forte par l'extraction du — transparent), 257; — Sur la suppression du — transparent), 305.
CROIX-ROUGE (La — à la conférence de la paix), 342.
CRONQUIST, 237.
CRUET, 108.
CRUPPI, 318, 322.
CULLERRE, 188.
CUNÉO, 315.
CURE (La — par le rêve), 175.
CYSTORRHAPHIE primitive; nouveau procédé opératoire, 55.
CYSTOSTOMIE sus-pubienne, 276.

D

DAKLYLE, 7.
DALIN, 45.
DANLOS, 54, 401
DANSE (La —, Paul-Louis Courier, Michelet), 62.
DARIER, 336.
DARMGAHRUNG (Ueber —), 354.
DAULIAC, 24, 201.
DÉBILITÉ (Des formes de la — mentale chez l'enfant), 290.
DEBOVE, 249, 288.
DÉCANAT de la Faculté de Médecine de Paris, 112.
DÉCLARATION (La — des maladies contagieuses), 103.
DÉCOLLEMENT de la rétine (Guérison spontanée d'un cas de —), 354.
DÉGA, 188.
DÉGÉNÉRESCENCE (Note sur l'anatomie de la — kystique congénitale des reins et du foie), 54; — et neurasthénie, 267.
DÉJERINE, 6, 53, 170, 302.
DELAMARE, 71.
DELAUNAY, 139, 403.
DELBET, 29, 43, 105, 203, 288, 369, 401.
DÉLIRES (Des — systématisés secondaires), 217; — alcoolique et post-opératoire, 383.
DELOMBRE (P.), 248.
DELORE, 250, 274.
DELORME, 202, 382, 401.
DELPEUCH, 289.
DEMELIN, 250.
DEMICHERI, 338.
DEMMLER, 170.
DEMONS, 220.
DEMOULIN, 369.
DENTITION (La — chez les nourrissons), 321.
DENTS (Emaillage des —), 373.
DENYS, 249.
DÉPÔTS de mendicité, 253.
DERI, 304.
DERMATOSE de Duhring, 91.
DESCHAMPS, 383.
DESGREZ, 103.
DESGUIN, 247.
DESNOS, 10
DESVAUT, 352.
DEVOIR (Une victime du —), 110.
DEXTROCARDIE à la suite de pleurésie droite ancienne, 337.
DIABÈTE (Le — sucré et son traitement hydrologique), 8; — insipide, 104; — syphilitique, 152.
DIALYSE et la filtration, 136.
DIARRHÉES (Traitement des — non infectieuses par le dermatol), 8.
DIAZ, 338.
DIÈTE (La — hydrique dans l'urémie), 336.
DIEULAFOY, 72, 92, 136, 171, 350.
DIFFORMITÉS dues aux végétations adénoïdes, 61.
DIFFRE, 250.
DIGNAT, 124.
DILATATION (Les incisions au début de la — chez les primipares), 249.
DIMITROPOL, 291.
DIPHTÉRIE (La —), 28; — Etude de prophylaxie pratique de la —, 73; — Diagnostic bactériologique de la — par l'examen direct des fausses membranes, 122.
DISEASE (The treatment of — by physical methods), 371.
DISPENSAIRE (Le nouveau — de la rue Clignancourt), 324.
DISSECTION (Exercices de —), 391.
DISTINCTIONS honorifiques, 12, 15, 55, 96, 112, 143, 159, 328, 342, 351, 403.
DIURÈSE (Action de certaines substances sur la —), 233.
DOCTEUR (Un — en médecine condamné pour exercice illégal de la médecine), 46; — en médecine reçu par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1897-1898, 175.
DOLÉRIS, 250.
DOMBROWSKI, 8.
DOMEC, 336
DOMINICI, 7, 154.
DONATH, 156.
DOUBLE plastron hygiénique, 294
DOUCHE tamisée, 340.
DOULEURS (Des — dorsales dans les névroses traumatiques), 252.
DOUTREBENTE, 215, 217.
DOYEN, 25; — (Réélection du — de la Faculté de Médecine de Paris), 80.
DOYON, 288, 320.
DRAULT, 252.
DRESER, 44.
DREVET, 405.
DREYFUS (M. le Pʳ Augagneur et l'affaire —), 392.
DROUINEAU, 215, 232.
DRYSDALE, 234.
DUBRISAY, 123, 220, 249.
DUC médecin, 280.
DUCROQUET, 276, 393.
DUFAU, 104.
DUFLOCQ, 72.
DUFOUR, 269.
DUFOURNIER, 27.
DUHOURCAU, 8.
DU MESNIL (Souscription au monument du Dʳ —), 312, 406.
DUPLAY, 129, 377.
DUPUY, 53, 202.
DURE-MÈRE (Rôle ossificateur de la —), 235.
DUSSAUD, 321.
DUTIL, 228.
DYSPHAGIE (Traitement de la — dans les laryngites tuberculeuses), 370.
DYSTIQUE (Expérience sur la —), 336.

E

EAUX minérales de Néris, 340; — d'Italie, 372.
EAU salée (Résorption des lavements d' —), 44.
EAUX (Les — de source à Paris), 77, 95; — La question des — de l'Avre, 109; — Projet d'impôt sur les — minérales, 217; Les — de Capvern, 232; — Epuration des —, 255; — Stérilisation industrielle des — potables par l'ozone, 337.
ECHANGES nutritifs (Etude des — azotés et minéraux chez un nourrisson de deux mois et demi), 204.
ECLAMPSIE (Considérations sur l' —), 12; — Récidive d' — au cours d'une grossesse, 123; — Les cellules de l'écorce grise dans l' —, 268.
ECOLE d'anthropologie, 14.
ECOLE d'application du service de santé militaire, 240.
ECOLE dentaire (La création d'une — à Lyon), 186.

ECOLES DE MÉDECINE. — E. d'Amiens, 176, 403. — E. de Besançon, 392. — E. d'Angers, 312. — E. de Dijon, 327, 394. — E. de Grenoble, 159. — E. de Poitiers, 392. — E. de Limoges, 14. — E. de Nantes, 48, 151. — E. de Tours, 385.
ECOLES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — E. d'Alger, 63. — E. d'Amiens 344. — E. de Dijon, 391. — E. de Rennes, 407.
ECOLES NAVALES. — E. de Bordeaux, 256, 380.
ECOLE DE PHARMACIE, 375.
ECOLES privées (Réglementation hygiénique des —), 327.
ECOLES DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — E. de Bordeaux, 144.
ECORCE grise (Les cellules de l' — dans l'éclampsie), 268.
ECTOPIE du côlon transverse, 351.
ECTROPION (Traitement de l' — du col utérin), 337.
EDUCATION rationnelle de la volonté, 57.
EDWARDS-PILLIET, 7, 24, 53, 71, 92, 122, 136, 154, 171, 187, 202, 248, 288, 320, 336, 368, 382, 400.
EFFLUVES humaines (Etude photographique sur les —), 267.
EGGER, 156, 368.
EGOUTS (Construction d' —, d'un palais du gouvernement et d'un hopital à Puebla), 62.
ERFAGHRUNGEN und Beobactungen über Sanose, 384.
EHBNBOOTH, 75
ELECTRICITÉ (Effets chimiques de l' —), 225.
ELECTRODE à pression mesurable, 121.
ELECTRO-DIAGNOSTIC et électrothérapie, 253.
ELECTROTHÉRAPIE (3ᵉ conférence d' — à la Charité), 49 : — 4ᵉ — 225.
ELÉPHANT (Copulation de l' —), 400.
ELMASSIAN, 382.
ELTZ, 44.
EMBOLIE dans l'artère rénale, 55.
EMBRYON (Résultats sur la composition chimique de l'—), 367.
ENCÉPHALOCÈLE de la région frontale, 403.
ENCOMBREMENT (L' — de la profession médicale), 70.
ENDOCARDITE infectieuse après un avortement, 55 ; — La température dans l' —, 74.
ENFANCE (Sur un cas d'affection spasmo-paralytique de l' — d'origine syphilitique probable, 122 : — Aliénation mentale de l' —, 345.
ENFANT (Polyurie nerveuse chez un —), 92 : — L'alcoolisme chez les —, 110 ; — Criminalité des — et des adolescents, 135 ; — Assistance et traitement médico-pédagogique des — anormaux, 170 ; — Contribution à l'étude du paludisme chez les —, 237 ; — Classes spéciales pour les — arriérés, 247 ; — Les formes de la débilité mentale chez l'—, 290.
ENSEIGNEMENT médical libre, 14, 31, 46, 62, 78, 95, 111, 127, 142, 239, 253, 279, 311, 327, 342, 359, 373.
ENSEIGNEMENT populaire de l'hygiène de l'enfance dans le Vᵉ arrondissement, 158 ; — des maladies des pays chauds, 335.
ENSEIGNEMENT professionnel du personnel secondaire des hopitaux, 30.
ENTÉROCOLITE suivie de névrite du pneumogastrique, 304.
ENTERREE vivante, 344.
ENTORSE sacro-iliaque, 171.
EPAULE (Des luxations anciennes de l' —), 129.
EPIDÉMIES (Les — pendant la guerre cubaine), 132.
EPIDÉMIE de fièvre jaune et de fièvre typhoïde, 344.
EPIGLOTTE (Deux cas de tumeur de l'—, 370.
EPILEPSIE (Communication sur l' — expérimentale et la sympathectomie), 7 ; — Idiotie complète et —, 161 ; — idiopathique, accès en série, 165 ; — Traitement de l' — par le trional, 268 ; — et trepanation, 126, 290 : — Jacksonienne, 290 : — Du bromure de camphre dans le traitement de l' —, 325.
EPIPLOON (De l'épiplotte consécutive à la section de l' — dans la cure radicale des hernies), 123.
EPITHÉLIUM (L'holocaine, son influence sur l' —), 45.
EPURATION des eaux, 255.
ERRATA, 240, 408.
ERYTHÈMES (Sur quelques — prémorbilleux), 383.
ESPRIT des autres (L'), 43, 380.
ESPRIT scientifique contemporaine, 341.
ESSEX Wynter, 292.
ESTOMAC (Chirurgie de l' —), 25 : — Extirpation de l' —, 26 ; — Passage du contenu de l' — dans les poumons, 51 : — Résection de l' — pour cancer, 53 : — Intervention chirurgicale hâtive dans le cancer de l' —, 155 : — Chirurgie de l' —, 276 ; — Gastro-entérostomie pour ulcère de l' — 304 ; — Modes d'exploration de l' — par les rayons X, 350 ; — Tumeur de l'— guérie par la gastro-entérostomie, 369.
ESTOR, 173.
ETAT de mal épileptique (Deux nouveaux cas d' —, 161.
ETIENNE, 320.
ETUDIANTES (Les — en Amérique), 126 : — Les — dans les universités allemandes, 223.
EULENBURG, 157.
EUROPE (Défense de l' — contre la peste), 25, 42.
EVENTRATIONS (Traitement des — sus-ombilicales), 308.
EVOLUTION simultanée d'un cancer et d'une tuberculose sur un même point constitue une rareté, 71.
EXCITABILITÉ du muscle, 122.
EXERCICE illégal de la médecine, 1, 328, 392 ; — Un docteur en médecine condamné pour —, 46 : — 280 : — par un magnétiseur, 310
EXERCICES pratiques de bactériologie, 360.
EXERCICE de la pharmacie par les médecins, 160.
EXOPHTALMIE (Nouveau traitement de l' —), 220.
EXPOSITION rétrospective des instruments et appareils, 32.
EXPERTISE médico-légale, 318, 322.
EXPRESSION abdomino-vaginale de Budin, 250.
EXTERNAT (Concours de l' — des hopitaux), 15.

F

FABRE-DOMERGUE, 154, 368.
FABRUS, 250.
FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le régime de l'agrégation des —, 238 ; — F. de Lyon, 392 ; — F. de Paris, 239, 247, 255, 376, 391 ; — Concours d'aide d'anatomie à la —, 408 ; — Chaire d'histoire à la — 344 ; — Cours et conférence, 174, 190 : — Concours pour le clinicat, 360 : — Prix de la —, 174 ; — F. de Toulouse (Le service des maladies mentales à la —), 236.
FACULTÉS DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — F. de Bordeaux, 61, 158, 293. — F. de Paris, 208, 224 ; — Décanat de la — 112 ; — Exercices pratiques, 112 ; — Lauréats de la —, 80 : Mutations dans les services médicaux, 144 ; — Réélection du doyen, 80 ; — F. de Toulouse, 239.
FACULTÉ DES SCIENCES de Paris, 128.
FAISANS, 202.
FAISCEAU (Paraplégie spasmodique avec lésion organique et sans dégénérescence du — pyramidal), 202.
FALSIFICATIONS en Allemagne, 30.
FAREZ (P.), 267.
FAURE, 26, 122, 381.
FAURE (J.), 56, 222.
FAURE (M.), 202.
FAVIER, 95.
FAYE, 352.
FEBVRÉ, 268.
FÉLIZET, 289, 321.
FEMMES (Les — médecins à Rome, avant les médecins grecs), 276.
FEMMES médecins en Allemagne, 64.
FÉRÉ, 53, 368.
FERNET, 155.
FERRAND, 94, 104.
FERRAS, 325.
FERRÉ, 249.
FETSCHRIFT zu Nietleben bei Halle, 59.
FÈVRE, 337.
FIAUX, 65, 132, 183, 209, 329, 364, 394.
FIEVRE jaune, 344.
FIÈVRE typhoïde à Cherbourg, 15, 64 ; — F. typhoïde à Reims, 13 : — à forme hyperthermique, 136 : — à Mayenne, 207 ; — Délire systématisé dans la convalescence de la —, 239 ; — La — à Cherbourg, 281, 297 ; — anormale, 320 : — et eau de bonne qualité, 344.
FIQUET, 141.
FISTULES (De la cure des — urétrales chez l'enfant), 139 : — congénitale de la cornée, 324.
FLAISSIÈRES, 215.
FLETCHER Beach, 290.
FLEURS (Les microbes des —), 287
FLORAND, 171, 401.
FLORET, 41, 215.
FOCHIER, 249, 274.
FŒTUS (Un — extra-membraneux), 54. — Expulsion d'un — vivant de 7 mois ayant vécu 110 jours en dehors des membranes de l'œuf, 123 ; — Présentation d'un — extra-amniotique, 204 ; — Sur la statistique des éléments minéraux chez le — humain, 287.
FOIE (Volume du — dans la pneumonie), 7 : — Plaie du — 126 : — Le — des éclamptiques, 54 ; — Traitement opératoire des kystes hydatiques du —, 105 : — mobile simulant un rein mobile, 173.
FOLIE (Traitement chirurgical de la —), 235.
FOLLET, 54.
FORCEPS (Statistique des applications de — faites à la Clinique Tarnier), 249 ; — Nouveau — à branche parallèles, 251 ; — Utilité de deux —, 275.
FORQUE, 173.
FORMULES, 14, 31, 62, 79, 94, 111, 127, 134, 142, 159, 191, 223, 239, 253, 295, 311, 327, 343, 359, 372, 390, 406.
FOSSES nasales (Traitement des tumeurs des —), 370.
FOURNIER, 250.
FOVEAU DE COURMELLES, 336, 341, 350.
FRACTURES (Luxation vertébrale avec — du crâne et du sternum), 214.
FRANCA, 288.
FRANCK (Fr.), 25, 321, 336.
FREEMAN, 292, 293, 350.
FREIRE (D.), 287.
FRENKEL, 136, 233.
FRIZALS, 122.
FRŒLICH, 337.
FROUIN, 382.
FRUSTE, 390.
FUCHS (S.), 190.
FUMEURS (Les jeunes — à New-York), 237.
FURET, 370.

G

GAIFFE, 252.
GAINES (Inflammation des — tendineuses de la main et de l'avant-bras), 377.
GAIRAL, 227.
GALIPPE, 202.
GALLIARD, 92, 104, 171, 202, 248, 321.
GALVANISATION cérébrale, 252.
GANGLIONS (Automatisme des —), 336.
GANGRÈNE du poumon, 92 ; — Noyau de — pulmonaire, 155.
GAREL, 370.
GARNIER, 71, 113, 124, 187.
GARNIER (de Nancy), 368.
GARRIGOU, 233.
GASNE, 155.
GASTRECTOMIE pour cancer, 235 ; — Sur un nouveau procédé de —, 304.
GASTRO-entérites (Traitement des —), 235.
GASTRO-entérostomie pour ulcère de l'estomac, 304 ; Tumeur de l'estomac guérie par la —, 369.
GELIVURE (Bacille de la — de la vigne), 171.
GAUBE, 292.
GAUCHAS, 41.
GAUDRIZO, 370.
GAUTIER, 368.
GAYME, 357.
GELLÉ, 371.
GENOUVILLE, 173.
GENU valgum de croissance, 320.
GÉRARD MARCHANT, 137, 171, 203.
GHILARDUCCI, 372.
GIBERT, 27.
GILBERT, 7, 71, 91, 122, 136, 218, 287, 320, 335, 367, 368, 381.
GILLES DE LA TOURETTE, 104, 108, 122, 137, 156, 202, 304, 326.
GIRAUD, 232, 269.

Glande (Injection de la — thyroïdienne), 201 ; — Les tumeurs kystiques bénignes de la — lacrymale, 352.
Glénard, 320.
Gley, 53, 368.
Gliome (Un cas de — de la rétine suivi d'énucléation), 352.
Globules blancs à granulations réfrigérantes, 136.
Glycosurie phloridzique, 71 ; — Exploration clinique des fonctions rénales et la —, 91 ; — alimentaire, 136.
Goduchau, 368.
Goitre exophtalmique et hystérie, 288, 368 ; — basedowifié opéré et guéri, 400.
Goliner, 8.
Goris, 371.
Gouget, 201.
Gourighon, 27.
Goutte (Traitement électrique de la —), 319.
Gouvea (De), 352.
Graft (L.), 341.
Grand, 124.
Granomaison (De), 71, 91.
Granjux, 230.
Graphiques obtenus dans le cœur du cheval, 288.
Grasset, 8, 109.
Grèce médicale, 407.
Grégarines dans le tube digestif, 24.
Grenet, 7.
Grève universitaire, 61.
Griffon, 91.
Grimm, 189.
Grimsdale, 60.
Grossesse (Deux cas de — extra-utérine), 54, 402 ; — Récidive d'éclampsie au cours d'une —, 123 ; — extra-utérine, 171 ; — Notes de physiologie et de pathologie de la —, 250 ; — Coupe de rate au cours de la — chez le cobaye, 368.
Ground, 125.
Groupe (Le — des médecins du Parlement), 318.
Guélou, 59.
Guéniot, 219, 250, 275.
Guérisseur (Les exploits d'un —), 359.
Guide pratique pour les analyses de chimie physiologique, 405.
Guieysse, 54.
Guillain, 320.
Guiluard, 308.
Guillain, 304.
Guillemain, 12, 315.
Guillemonat, 187, 201, 320, 368.
Guillot, 319.
Guinard, 7, 72, 91, 123, 136, 203, 383.
Guinon, 72, 122.
Guthrie, 74.
Guy Hinsdale, 156.
Guy's Hospital Reports, 254.
Guyon, 53.
Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris, 360.

H

Habitations à bon marché, 308.
Halipré, 71.
Hallion, 136, 336, 382.
Hallopeau, 136.
Halstead, 56.
Hamel, 232, 273.
Hampson Simpson, 253.
Hanche (Réduction d'une luxation congénitale de la — par le procédé de Lorenz), 155 ; — Luxation congénitale de la —, 172, 202, 276.
Hanoatlas der Anatomie der Menschens, 29.
Hans Herz, 141.
Harrington, 8.
Hartmann, 26, 43, 123, 137, 172, 222, 304, 315, 351.
Haslé, 325.
Hayem, 7, 25, 104, 122, 202, 248, 287, 289, 368.
Hédon, 59.
Helmoltz (Le cerveau de —), 390.
Hématoblastes dans les processus de rénovation sanguine, 7.
Hématuries répétées au cours de maladies infectieuses, 104 ; — gravidiques, 254.
Hémiatrophie faciale progressive, 156.
Hémiplégie (Sur l'évolution dans le cours du tabes de l'— permanente de cause cérébrale), 361 ; — Des mouvements auxiliaires dans l'—, 372.
Hémoptysie (Traitement de l'—), 8.
Hémorragies (Sur quelques cas d'— méningées), 272 ; — méningée en foyer, 290 ; — Quelques observations sur les — utérines chez les nouveau-nés, 357.
Hémorroïdes (Traitement des —), 337, 351, 401.
Henri, 71, 92.
Henriot, 136.
Hérédité très chargée dans l'instabilité mentale, 345.
Héresco, 136, 139.
Hergott, 275.
Hérisson (Résistance du — au venin de la vipère), 91.
Hernie (Débridement de la — étranglée), 25 ; — Traitement de la — étranglée, 55 ; — Section de l'épiploon dans la cure radicale des —, 123.
Hernieux (La bicyclette chez les —), 72.
Hervieux, 219, 276, 320, 400.
Hétéroplastie (L'— orbitaire), 323.
Hildebrandt, 120.
Hinsdale, 75.
Histologie de la lèpre, 28.
Hoche, 371.
Holocaine, 45.
Holsti, 404.
Hommages. — Farabeuf, 95.
Hommes blancs (Origine des — d'après les indigènes du Congo), 31.
Honoraires (Le paiement d'— aux médecins et chirurgiens des hopitaux), 286 ; — Demandes d'—, 385.
Hôpital de Tempérance (L'œuvre de l'— de Londres), 233.
Hôpitaux. — Alcool dans les —, 380 ; — Les consultations externes des — 349 ; — dans l'antiquité, 13 ; — Clinique Baudelocque, 112 : — H. Bichat (Opérations pratiquées à l'— pendant l'année 1898), 177, 315 : — H. de Bordeaux, 296 ; — H. Broca (Une visite à l'—), 22 ; — Statistique opératoire du service de gynécologie à l'—, 249 ; H. de Constantinople, 328 ; — H du Creusot, 408 ; — H. français de Londres, 327 ; — H. international, 64 ; — H. de Lyon, 208 ; — H. de Paris, 176, 205, 391 ; — Classement des élèves internes et externes, 80 ; — Concours de l'externat, 15, — Concours de l'internat, 48 ; — Concours pour trois places de médecin des —, 32 ; Concours des élèves externes en pharmacie, - 32 ; — H. de Reims, 296 ; — H. de Toulouse, 351.
Horst Artel, 128.
Hospice (L'— Favier de Bry-sur-Marne), 89 ; Inauguration des nouveaux bâtiments de l'—, 95 ; — H. de la Bourboule-les-Bains, 407.
Hospices. — H. national des Quinze-Vingts, 328 ; — H. de la Rochelle, 343 ; — H. de Saint-Etienne, 254.
Hôtel-Dieu d'Orléans, 32.
Hôtel des Sociétés savantes (Congrès à l'— en 1899), 238.
Houston, 77.
Howell Pershing, 253.
Hubert, 249.
Huchard, 25, 43, 382.
Huertas y Barrora, 60.
Hugon, 124.
Hugonenq, 287, 381.
Huile Les dangers de l'— phosphorée), 186.
Hydrocèle (Sur le traitement de l'—), 172.
Hydrocéphalie chronique, 383.
Hydronéphroses (Capitonnage des — ; anastomose néphro-urétéralo), 154 ; — Sur un cas curieux d'— 303.
Hydrorrhée (Traitement rationnel de l'— nasale), 371.
Hydro et pyo-pneumothorax, 351.
Hygiène industrielle, 303 ; — H. militaire, 140, 367, 293 ; — H. des nouveau-nés, 250 ; — H. publique, 17, 30, 65, 132, 153, 183, 209, 281, 297, 329, 364, 391 ; — L'— et les Congrès internationaux, 367 ; — Visite aux champs d'épandage de la Ville de Paris, 373 ; — H. et thérapeutique des maladies de la bouche, 108 ; — des chemins de fer, 373.
Hypéresthésie (Hémisystématique), 504.
Hypermétrophie (Massage oculaire dans l'—), 336.
Hypertrophie (Traitement de l'— prostatique par la résection bilatérale des canaux déférents), 125 ; — diffuse des os de la face et du crane, 276.
Hypnose des animaux, 357.
Hypnotisés (Circulation chez les sujets —), 270.
Hypnotisme (L'— de la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale), 57.
Hypotension artérielle dans la paralysie agitante, 304.
Hystérectomie (De l'—) vaginale totale pour cancer de l'utérus, 33, 81, 145 ; — Nouveau procédé d'— abdominale totale, 56 ; — A propos de divers procédés d'—, 220.
Hystéroscopie, 339.
Hystérie chez un chat et chez un serin, 192 ; — Essai sur la cure préventive de l'— féminine par l'éducation, 188 ; — Goitre exophtalmique et —, 288 ; — L'— aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, 292 ; — de l'oreille, 370.

I

Icaro, 267.
Ictère chronique sans coloration des urines, 202 ; — acholurique, 287 ; — hémophéique acholurique, 288.
Idiotie complète et épilepsie. Etat de mal, 161.
Imbert, 139.
Imperforation anorectale, 383.
Impot (Projet d'— sur les eaux minérales), 217.
Incendie dans une pharmacie, 280.
Incinération et musique funèbre, 61 ; — Société pour la propagation de l'—, 309 ; — d'un fœtus a terme, 381. (V. Crémation.)
Incorporation des jeunes soldats, 43.
Index bibliographique, 358.
Index catalogue of the Library of the surgeon-general's office, 292.
Indican (Dosage de l'— dans l'urine), 138.
Inoicanurie, 136.
Infantilisme et rétrécissement mitral, 289.
Infection (Traitement chirurgical de l' — péritonéale précoce), 93 ; — Sur l'— typhique expérimentale chez les chiens, 121 ; — Sur une forme particulière d'une — cornéenne a type serpigineux, 188.
Infirmières (Les — de Londres), 61.
Influenza (Un cas de polynévrite à la suite de l'—), 229.
Injections hypodermiques simultaniées d'éther et de morphine, 54 ; — Solutions salines pour —, 91 ; — sous-arachnoïdienne de cocaine, 335 ; — trachéales dans la tuberculose, 400.
Instabilité mentale, 345.
Instinct sexuel (Psychologie de l'—), 57.
Institut Pasteur (La vaccination de la peste à l'— de Nhatrang, au Tonkin), 255.
Institution nationale des sourds-muets, 408.
Intoxication phosphoste, 367 ; — Sur une forme particulière d'— digestive, 383.
Instruments et appareils, 79, 252.
Internat (Concours de l'—), 48.
Internes en médecine (Protestation d'—), 96.
Internes en pharmacie (Classement général des — pour l'années 1899-1900), 391.
Intestin (Quantité d'eau a l'état physiologique dans les divers segments de l'—), 154 ; — Torsion totale de l'—, 202 ; — Un cas de guérison de plaie pénétrante de l'abdomen avec lésions de l'—, 358.
Iodure comme producteur de la stérilité, 368.
Iritis bilaterale d'origine palustre, 353.

J

Jacobson, 254.
Jacqueau, 353.
Jacquet, 288, 304, 368, 387.
Jalaguier, 105, 203, 337.
Janet, 57.
Jankelewich, 370.

Jaubert, 53, 140.
Javal, 353.
Jaworsky, 357.
Jeuneurs forcés, 112.
Joal, 371.
Jocqs, 306.
Joffroy, 54.
Jolly, 136, 287.
Jones (R.), 28.
Jonnesco, 55.
Josué, 201, 367.
Journalistique, 222.
Journaux médicaux disparus, 12'.
Journaux et revues médicales, 192, 240, 309.
Jugement scandaleux, 295.

K

Kalt, 352.
Katarrhalischer (Zur behandlung — Dick dannagaschwure), 306.
Katz, 97.
Keiffer, 250, 275.
Kein, 75.
Kératocone (Traitement du — par la blépharoraphie temporaire), 352.
Keraval, 57, 59.
Kirmisson, 26, 27, 105, 155, 305
Kœnig, 174, 188, 257, 306, 323, 324, 354.
Kopff, 354.
Korsakoff, 228.
Kystes (Traitement des — hydatiques), 73, 105, 350, 368; — congénital sacro-coccydien, 134; — hydatique rétro-vésical, 139, 140; — de l'ovaire et du ligament large enlevé par le vagin, 139.

L

Labadie-Lagrave, 250.
Labat, 372.
Laboratoire (Accident de —), 64 ; — de l'Administration des finances, 159.
Laborde, 7, 53, 288, 319, 321, 368, 401.
Lacambra (E.), 294.
Lacassagne, 319.
Lachaud, 318.
Lada Nordowski, 333.
Ladame, 254.
Ladreit de la Charrière, 322.
Laffite, 17.
Lagrange, 306, 353.
Laicisation des hôpitaux : enseignement professionnel du personnel secondaire des hôpitaux, 30.
Lait végétal dans l'alimentation, 338.
Lalanne, 219.
Lamard, 339.
Lance (D'un coup de — au ventre, blessant les intestins), 358.
Lancereaux, 21, 350.
Landau, 44.
Lande, 227.
Lander Burnton, 74.
Landouzy, 73, 104, 155, 338, 381.
Langlet, 106.
Langlois, 91, 320.
Lannelongue, 70, 227.
Lannois, 269.
Laporte, 41.
Laquer, 385.
Laran, 321, 336.
Laron, 371, 382.
Larroussinie, 229.
Laryngites hémorragiques, 371 ; — aphteuse, 371.
Larynx (Trois cas de chirurgie du —), 75 ; — Maladies du —, du nez et des oreilles, 76 ; — Chancre syphilitique du — 370.
Lasserre, 59.
Laubens, 370.
Laurier, 136, 288.
Lavements (Résorption des — d'eau salée), 44.
Laveran, 25, 71, 248, 350.
Lavrand, 370.
Leclainche, 24.
Leclerc, 357.
Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 27.
Leçons de clinique médicale, 109.
Leçons de clinique ophtalmologique, 174.
Lecteurs (A nos —), 1.
Ledé, 276, 321.
Le Dentu, 29, 136, 187, 276.
Leduc, 252.
Lefeuvre, 309.
Lefevre (A.), 200.
Legendre, 289, 401.
Léorr, 368.
Legrain, 216.
Legrand, 216, 217, 387.
Legueu, 26, 139, 140, 172, 222.
Lehmann, 204, 338.
Lejars, 25, 72, 235.
Lemaistre, 235.
Lemoine, 71.
Lepage, 92.
Lépine, 121, 335, 337.
Lépinois, 7, 288, 368.
Lèpre (La — a-t-elle existé en Amérique à l'époque pré-colombienne), 338 ; — Un cas de — anesthésique avec autopsie, 357.
Lèpre anesthésique, 104 ; — Traitement de la —, 136.
Lépreux (Lésions ophtalmologique chez les —), 324.
Leprince, 320.
Lereboullet, 227, 381.
Leredu, 322.
Lermoyez, 54, 371.
Leredde, 91.
Lésions cellulaires cérébrale, 381.
Leroy-Desbarres, 338.
Lesné, 381.
Leucémie aiguë, 7 ; — Trois cas de —, 7.
Leucocytes (Du rôle des — dans la destruction des cellules nerveuses, 288.
Levaditi, 6, 71, 154, 187, 287, 368.
Levain (Le — comme aliment), 342.
Levraud, 319.
Lévy, 57.
Lewin, 91.
Ley, 247.
Liais, 303.
Liaras, 371.
Libertés scientifiques, 286.
Lichtwitz, 76.
Ligature des vaisseaux du cordon, 203.
Linossier, 104.
Lipinska (M.), 276.
Lirmin-Lipman, 204, 385.
Lithiase (Cas curieux de — biliaire), 140.
Livon, 154, 215.
Llobet, 338.
Loi utéro-fœto-placentaire, 250 ; — La — sur les accidents du travail et les médecins, 266 ; — interdisant le mariage aux personnes atteintes de graves malades aux Etats-Unis, 373.
Loisel, 320.
Lo son, 383.
London scholl of Tropical medicine, 335.
Longévité de l'homme, 13.
Longuet (L.), 33, 56, 81, 125, 126, 140, 145.
Loubet (E.), 248.
Loumeau, 125, 339.
Loriat, 275.
Lubet-Barbon, 370.
Luc, 370.
Lucas-Championnière, 171, 320, 322, 351.
Lupus (Traitement chirurgical du —), 28 ; — Cure du — palpébral, 352.
Lutaud, 251.
Luxations (Des — anciennes de l'épaule), 129 ; — congénitale de la hanche, 172 ; — vertébrale avec fractures du crâne et du sternum, 214.
Lyon, 326.
Lyonnet, 121.

M

Mabille, 232, 268, 325.
Macé, 55, 249, 320.
Magenbesch Worden (Ueber die — im Trubstadium der Langenschwindsuchi), 307.
Magnan, 270.
Magnétiseurs et somnambules, 51 ; — Une application de la loi du 30 novembre 1892 aux —, 204 ; — Exercice illégal de la médecine par un —, 310.
Mahu, 370.
Mailloux, 237.
Main (Inflammation des gaines tendineuses de la — et de l'avant-bras), 377.
Maison de prostitution à Genève, 254. ; — de convalescence des coloniaux de Sèvres, 376.
Majewska, 357.
Malassez, 136.
Malbec, 27.
Mal épileptique (Deux nouveaux cas de —), 161.
Maladies (La déclaration des — contagieuses), 103 ; — d'Adison, 137 ; — Quelques cas de — du système nerveux, 156 ; — Le service de clinique des — a la Faculté de Médecine de Toulouse, 236 ; — Les conférences cliniques sur les — du système nerveux, 302 ; — L'enseignement des — des pays chauds, 335 ; — Essai sur la — de Basedow, 357 ; — Leçons sur les — du système nerveux, 386 ; — Maladies du soldat aux pays chauds, 387.
Maladie pyocyanique, 7.
Malaria (Etude sur les parasites de la —), 76 ; — des centres nerveux, 187.
Malformations multiples chez un nouveau-né, 124, 220 ; — génitale chez la femme, 321 ; — congénitale du thorax et du cœur, 336 ; — multiples chez un fœtus, 402.
Malherbe, 12, 76, 154, 172, 370.
Mallard, 7.
Mallet, 326.
Mally, 122.
Malphette, 232.
Mamelon (Chancres syphilitiques du — chez une nourrice), 54.
Manuelian, 320.
Manie de l'adolescence avec nymphomanie ; guérison, 97.
Manoussi (de), 368.
Manuel de travaux pratiques de micrographie médicale, 59.
Marceau (La crémation et les cendres de —), 390.
Marchand, 24, 91, 135, 154, 171.
Marey, 382.
Marfan, 319.
Margouliès, 358.
Mariachess, 309.
Mariage, 93.
Marie (A.), 218, 270, 368.
Marie (P.), 320.
Marin (Le milieu — organique), 171.
Marinesco, 187, 202, 331.
Marjolin, 92.
Marshall, 44, 341.
Martha, 73, 290, 338.
Martin, 91, 136, 319.
Martin (L.), 73.
Martz, 405.
Masque (De l'emploi du — au cours des opérations), 137.
Massage (Action du — dans la colique hépatique), 124 ; — oculaire dans l'hypermétropie, 336.
Masses placentaires sans embryon, 368.
Masseurs Application de la loi du 30 novembre 1892 aux —), 204.
Mastoïdite (Trépanation pour —), 322.
Matériel radiographique (Présentation d'un —), 275.
Matz, 309.
Mathieu, 25, 104.
Massé, 233.
Mauclaire, 304.
Mauduit, 368.
Maunier, 267, 268.
Maurel, 233.
Maxillaires (Contribution à l'étude des sinusites aiguës), 370.
May, 157, 254.

Mayet, 269.
Maygrier, 54, 123, 204, 275, 375
Médaille d'or de l'internat (Concours de la), 15.
Médecins (Les — de la Préfecture de la Seine), 5, 192; de la Préfecture de Police, 374. — Association amicale des — français pour l'indemnité en cas de maladie, 46; — Le nombre des — en Allemagne, 96; — et compagnies d'assurances en Belgique, 78; — Le nombre des — en Russie, 207; — Attributions des — des écoles à Berlin, 240; — Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, 227; — Le paiement d'honoraires des — et chirurgiens des hôpitaux, 286; — Association des — de la Seine, 293; — de l'assistance publique et — inspecteurs des enfants du premier âge, 295; — de réserve et la Légion d'honneur, 312; — Ordonnance de non-lieu en faveur d'un — accusé, 334; — militaires, 380; — La taxe des bicyclettes pour les —, 390; — Concours des — des Bureaux de bienfaisance, 392.
Médecins aliénistes (Le X[e] Congrès des — de langue française, à Marseille), 215, 267; — La loi sur les accidents du travail et les —, 266; — maure, 312; — Le groupe des — du Parlement, 318.
Médecins contemporains. — Roux, 94; — Raymond (F.), 388.
Médecine (Le tannaforme dans la — infantile), 44; — Exercice illégal de la — par un magnétiseur, 310.
Médecine pratique, 51.
Médication thyroïdienne dans le traitement des affections dites rhumatismales, 24; — réglementation de la vente des produits thyroïdiens, 54; — Action de la — ovarienne sur certains cas d'épilepsie, 135; — De la — sulfurée, 325; — créosotée, 400; — La — arsenicale par le cacodylate de soude, 403.
Mélanges neurologiques, 356.
Mélanodermie et tuberculose capsulaire, 351.
Membranes (De l'infection amniotique avant la rupture des —), 204.
Memento-formulaire des médicaments nouveaux, 326.
Mendel, 400.
Méningite (Microbes de la — cérébro-spinale), 25, 289; — Sur un cas de — cérébrale à méningocoques avec septicémie, 122; — Paralysie alterne au cours d'une —, 269; — tuberculeuse de l'adulte, 270; Epidémie parisienne de — cérébro-spinale, 400.
Mentienne, 95.
Mercklen, 25.
Merle (L.), 220.
Méry, 122, 383.
Mesnard, 309.
Mesnil, 24.
Métaux (Importance thérapeutique des — dans les eaux minérales), 233.
Meteorismus (Ueber Darmgæhrung, — und Blahungen), 307, 354.
Methodologische Beitræge zur psycho-physischen Messungen, 58.
Métoposcopie (Auteur de la — S. Fuchs), 190.
Michaux, 137, 202.
Michel (Ch.), 204, 367, 403.
Michelet et la danse, 62.
Microbe tuberculeux, 91; — saprophyte, 248; — Les — des fleurs, 287.
Miller, 29.
Minéralogie (Cours de — biologique), 292.
Mirallié, 109, 156, 188, 252, 355, 387.
Mission scientifique, 392.
Miura, 356, 357.
Moelle (Modifications histologiques et chimiques de la — des os aux différents âges), 201; — Voies lymphatiques de la —), 320; — Paralysie produite par la section de la — allongée, 356.
Mobius, 356.
Mœurs (Attentats aux —), 344.
Molini, 371.
Moncorvo, 338.
Monde (Le plus vieux du —), 302.
Monnier, 154.
Monod, 138, 156, 203, 322, 337.
Monprofit, 222.
Monstres (Etude des — par les rayons Rœntgen), 124; — Présentation d'un — humain anencéphale sans fissure spinale, 250.
Monuments : J. Hameau (de La Teste, Gironde), 207. — M. — Du Mesnil, 312, 406; — Pelletier-Caventou, 389.
Morax, 188.
Moralès, 75.
Morard, 319.
Morel, 24.
Morestin, 400.
Morfaux, 71.
Morison, 73.
Morphine (Bi-acétate de — ou héroïne), 44.
Morphinomanie (Sur les mesures légales qu'il conviendrait de prendre pour combattre la —), 251.
Morris (H.), 139.
Mort subite au cours d'une crise de coliques hépatiques, 72; — De la — suspecte par rupture spontanée de l'aorte, 251; — d'un médecin de la marine, 321.
Morton Prima, 356.
Motais, 288.
Mortalité a Paris, 14, 31, 47, 63, 79, 96, 111, 128, 143, 159, 176, 192, 208, 224, 239, 253, 280, 295, 311, 327, 343, 360, 391, 375, 407.
Motet, 188, 251.
Motz, 10, 339.
Mouchet, 11, 193, 276.
Moure, 371.
Moussu, 201.
Moustiques (Les — dans l'infection palustre), 71.
Moutard-Martin, 369, 382.
Mouvements (Inscription électrique des — valvulaires qui déterminent l'ouverture et l'occlusion des orifices du cœur), 287.
Murillo, 338.
Muscle (Quelques particularités de l'élasticité du —), 6; — Excitabilité du —, 122; — Contractilité des — striés, 319; — Spasmes toniques du — ciliaire chez l'enfant, 353.
Museum d'histoire naturelle, 128, 222, 296, 328, 343, 408.
Myasthénie (Un cas de — pseudo-paralytique grave), 157.
Myélites (Traitement des — syphilitiques), 156; — transverse avec paraplégie flasque, 268.
Myles, 12.
Myo-œdème (Du — comme signe diagnostic, pronostic et thérapeutique dans les affections entéro-hépatiques), 60.
Myopie (Traitement chirurgical de la — forte par l'extraction du cristallin transparent), 257, 323; — scolaire, 288.
Myotiques (Les — et le glaucome), 353.
Myriapodes (Sur le pseudo-parasitisme des — chez l'homme), 76.

N

Naissance (Curieuse constatation de — en Amérique), 138.
Napias (L.), 94.
Naso-pharynx (Etude sur les végétations adénoïdes du —), 11.
Natalité a Paris, 14, 31, 63, 69, 79, 96, 111, 128, 143, 147, 159, 176, 192, 208, 224, 239, 253, 280, 295, 311, 327, 343, 360, 375, 391, 407.
Nattan, 136.
Nécrologie. *Assaky*, 328. — *Bernard (de Lille)*, 176. — *Bertrand*, 296. — *Biarnes*, 144. — *Bienvenue*, 344. — *Bigot (J.)*, 392. — *Blet*, 344. — *Bonin*, 256. — *Bonnan*, 16. — *Bosset*, 256. — *Bouchard*, 160, 175 — *Brongniart*, 280. — *Cauterman*, 392. — *Cauvet*, 176. — *Charpentier*, 360, 374. — *Charrassin*, 96. *Christian Cattier*, 208. — *Cocalet*, 408. - *Cooke*, 164. - *Dareste*, 124. — *Dauzat*, 144. — *Delarocheaulion*, 360. —, *Delcambre*, 112. — *Dugat-Establier*, 176. — *Dumontpallier*, 47. — *Du Pasquier*, 80. — *Durand-Fardel*, 191 — *Duriau*, 240. — *Duval*, 312. — *Friaque*, 240 — *Friedel*, 279. — *Gaudefroy P.)*, 16. — *Gibert (du Havre)*, 191. — *Gilbert-Dhercourt*, 344. — *Gilles-Savornin*, 48. — *Girard (J.)*, 240. — *Glantenay*, 111, 127. — *Gluge*, 124. — *Grosso*, 144. — *Guison*, 392. — *Harel*, 392. — *Humbert*, 124 — *Jacob*, 240. — *Kutherford*, 176. — *Lalance*, 176. — *Leplat*, 124. — *Lereboullet*, 312. — *Le Sourd*, 296. — *Longuet*, 392. — *Longy*, 296. — *Lucas*, 208. *Maschka*, 164. — *Mayrogheni-Pacha*, 208. — *Mergier*, 78. — *Monges (L.)*, 48. — *Monsarrat*, 408. — *Montagne*, 312. — *Moretin*, 408. — *Mousson*, 124. — *Naudin (Ch.)*, 208. — *Peltier*, 16. — *Peron (N. A.)*, 223. — *Pluymers (L.)*, 144. — *Ramlot*, 240. — *Richancourt*, 408. — *Roubion*, 176. — *Roux*, 112. — *Salter*, 408. — *Savornin*, 208. — *Schulten*, 408. — *Sée (L.)*, 64. — *Sibut*, 344. — *Socin*, 124. — *Stenner*, 408. — *Tarras*, 408. — *Thibault*, 32. — *Thomas*, 80. — *Thomas (de Tours)*, 296. — *Tournon*, 144. — *Touzelin*, 256. — *Ulry*, 328. — *Vialaneix*, 144. — *Vigneaux*, 392. — *Ziegler*, — *Zinnis*, 328.
Negres (Pourquoi les — sont-ils noirs ?), 293.
Nélaton, 203, 369.
Néoplasmes (Examen histologique des — vésicaux), 339.
Néphrectomie (Considérations sur la —), 12.
Néphrite chronique avec pelade, 304.
Néphrostomie pour anurie, 304.
Néphrotomie au douzième jour d'une anurie, 369.
Nerfs (Elongation displantaires), 248.
Néris (Contribution à l'étude du climat de —), 340.
Netter, 25, 289, 321, 382, 400.
Neurasthénie urinaire et crises de rétention aiguë d'urine, 105; Dégénérescence et —, 266.
Neurasthénique (Syndrome urinaire et —), 267; — Les états —, 326.
Névrite (Entérocolite suivie de — du pneumogastrique), 304.
Névroses et idées fixes, 57; — Symptômes objectifs des — traumatiques, 189; — Des douleurs dorsales dans les — traumatiques, 252.
Nicolich, 125, 309.
Nicolle, 7, 136.
Nimier, 123, 235, 322, 402.
Nobécourt, 71.
Noé, 250.
Noguès, 10, 268.
Noir 7, 13, 27, 30, 42, 47, 53, 70, 72, 91, 95, 103, 104, 123, 127, 137, 141, 155, 158, 171, 176, 186, 191, 201, 202, 216, 228, 234, 239, 247, 249, 255, 267, 286, 289, 292, 303, 304, 311, 319, 321, 325, 326, 335, 337, 351, 359, 367, 368, 373, 380, 383, 400, 401, 404, 407.
Nouveaux Analgésiques (Les —), 241, 263.
Nouveau Journaux, 32, 45, 64.
Nouveau-nés (Algidité progressive des —), 219; Recherches sur le bassin du —, 251.
Nyberg, 406.
Nymphomanie (Manie de l'adolescence avec —; guérison, 97.

O

Odoplastie (Un cas d'— du pavillon chez un enfant), 370.
Œdème (Pathogénie de l'—), 136.
Œil (De quelques paralysies combinées des muscles de l'—), 323.
Œsophage (Gastrostomie pour corps étrangers de l'—), 25.
Œuvre (L'— de l'hôpital de Tempérance de Londres), 233.
Œil (Un — myope peut-il devenir emmétrope ?), 354.
Olfaction chez l'homme et la femme, 320.
Omphalorragie (Deux cas de mort par — tardive), 275.
Opération (De l'— de Bottini), 125; — Statistique des — pratiquées a l'hôpital Bichat (1898), 177, 315; — Technique opératoire, résultats comparatifs immédiats et éloignés de l'— césarienne, 274.
Ophtalmie purulente guérie par le permanganate de potasse, 354.
Ophtalmoscopie (Auteur de l'—, S. Fuchs), 190.
Opothérapie thyroïdienne, 54; — Les accidents provoqués par l'—, leur prophylaxie, 233.
Oppenheim, 355.
Ordonez, 60.
Ordonnance de non-lieu en faveur d'un médecin accusé, 334.
Oreille (Du tubage de l'—), 370.
Os Traitement des abcès tuberculeux, symptomatiques ou non d'une altération des —), 70; — Hypertrophie diffuse des — de la face et du crane, 276.
Ostéomalacie masculine, 187; — De l'—, 275.
Ostéome des fosses nasales, 370.
Otite (Traitement chirurgical de l'— chronique sèche), 76.
Oui, 238.
Ouie (Rapport sur les épreuves de l'—), 370.
Ozone (Stérilisation industrielle des eaux potables par l'—, 337.

P

Pachon, 122.
Paiement (Le — d'honoraires des medecins et chirurgiens des hôpitaux), 285.
Paludisme (Contribution a l'étude du — chez les enfants), 237 ; — Disparition du — en Puysaie, 288, 350.
Pamard, 122, 222.
Panaris du pouce. Inflammation des gaines tendineuses de la main et de l'avant-bras, 377.
Panas, 174, 308.
Pancréas (Les fonctions du —), 59 ; — Action du — sur les toxines, 187.
Pansinusite, 371.
Pantaloni, 75, 222.
Papillomes de l'amygdale, 371.
Paralysie (Foyer ancien de — infantile), 1 ; — radiculaire totale du plexus brachial, 26 ; — radiculaire d'origine traumatique, 43 ; — alterne au cours d'une méningite, 269 ; — pseudo-bulbaire, 270 ; — de Landry, 271.
Paraplégie (Myélite transverse avec — flasque), 268.
Paresthésie (Un cas de — de Bernhardt Roth) ; 156.
Paris, 287.
Parlement (Le groupe des médecins du —), 318.
Pasteau, 9.
Patein, 104.
Patente (Les cliniques et la — des médecins), 223.
Patrun Espada, 136.
Paul-Boncour, 27, 30, 234, 371.
Paulesco, 24.
Paviot, 269.
Pays chauds (L'enseignement des maladies des —), 335.
Péchin, 353.
Pédagogie (Revue internationale de — comparative), 237.
Pédebidou, 318.
Pédoncule (Ramollissement du — central par thrombose de la veine basilaire), 269.
Peine de mort (La — : autopsie des criminels exécutés), 121.
Pelade (Nephrite chronique avec —), 304.
Pemikan (Le — électrique), 160.
Pensions (Caisse des — de retraite du corps médical français), 224, 279.
Peptones (Les — dans l'organisme), 141.
Percussion méthodique du crâne, 202.
Perez, 60.
Peribronchite syphilitique, 337.
Péricarde (Chirurgie du cœur et du —), 93.
Périgastrite douloureuse consécutive a un ulcere de l'estomac, 25.
Permanganate (Le — de potasse contre les fissures du mamelon), 8.
Perret, 204.
Perrin de la Touche, 188, 251.
Peste (Défense de l'Europe contre la —), 25, 42.
Peste a Madagascar, 15, 73 ; — Victime de la —, 182.
Petit (A.), 214.
Peyrot, 172, 203.
Pflueger, 305, 323.
Phisalix, 91, 104, 121, 154, 287, 288, 319, 381.
Phlébite (Note sur deux cas de — au cours du rhumatisme aigu), 113.
Phosphore (De l'élimination du — combiné dans l'urine), 138.
Photographies (Présentation de — microscopiques de caduque utéro-placentaire), 250.
Pick, 356.
Picou, 154.
Picqué, 138, 155, 171, 235, 268, 351, 401.
Pieds (Déformation des — d'origine cicatricielle), 136.
Pigeon (Pseudo-tuberculose chez le —), 287.
Pinard, 104, 171, 235, 288.
Placenta (Quelques recherches sur le — avec présentation de pièces sèches), 251 ; — Présentation de — desséchés, etc., 275.
Plaies (Les — penetrantes de la poitrine), 321 ; — Les — de poitrine, 382.
Plaintes contre l'Assistance publique, 110.
Planchon, 204.
Plastron (Double — hygiénique), 294.
Pleurésies (La chirurgie pulmonaire et les — inter-lobulaires), 72 ; — putride, 92 ; — Dextrocardie a la suite de la — droite pulmonaire, 337.
Plicque, 6, 25, 43, 54, 72, 92, 104, 122, 137, 155, 171, 187, 202, 202, 220, 223, 235, 276, 288, 320, 336, 351, 368, 382, 401.
Pluyette, 272, 383.
Pneumonie compliquée de méningite cérébro-spinale, 321 ; — Diagnostic de la — chez les enfants, 369.
Pneumopathies peu fréquentes, 60.
Poirier, 43, 203, 289, 337, 369, 402.
Poitrine (Les plaies pénétrantes de la —), 321, 382.
Polaillon, 126.
Poliomyélite antérieure chronique avec participation des racines postérieures et du cordon de Burdach, 253.
Polyurie nerveuse chez un enfant, 92.
Pompilian, 336, 382.
Poncet, 276.
Potain, 25.
Potherat, 43, 337.
Pouce (Panaris du —), 377.
Pouchet, 241, 263.
Pouls lent permanent, 124 ; — et puerpéralité, 275 ; — dans la pneumonie, 401.
Poumons (Passage du contenu de l'estomac dans les —), 51 ; — Traitement des abcès du —, 56 ; — Gangrène du —, 92.
Pousson, 339.
Poux, 268.
Pozzi, 123, 156, 249, 337, 402.
Préfecture de la Seine (Médecins de la —), 5, 144 ; — Unification des services médicaux de la —, 158.
Prefle, 74.
Presse (Association de la — médicale française), 311.
Primipares (Les incisions cervicales au début de la dilatation chez les —), 249.
Prix de la Faculté de Médecine de Paris, 174.
Prix de médecine navale, 160.
Produits thyroïdiens (Vente des —), 25.
Profession médicale (L'encombrement de la —), 70.
Prolapsus (Cas de — double du ventricule de Morgagni), 76.
Prostate (Traitement de l'hypertrophie de la —), 309.
Prostitution (La — en Suisse et particulierement à Genève), 65, 132, 183, 209, 254, 329, 361, 394.
Protestation d'internes en médecine, 96.
Proust, 17, 25, 42.
Prunier, 219.
Pseudo-hermaphrodite masculin, 26.
Pseudo-polypes (De l'extirpation rapide des — naso-pharyngiens, 76.
Psychologie de l'instinct sexuel, 57.
Psychoses (Des — dans leurs rapports avec les affections des reins), 59 ; — polynévritiques, 228, 381.
Ptoses (Les — viscérales), 320.
Puech, 217.
Puériculture, 288.
Puerpéralité (Etat de —, milieu favorable aux maladies infectieuses), 187.
Pyarthrites (Des — aiguës de l'enfance), 193.
Pyélonéphrites (Traitement des — par le lavage du bassinet), 340.
Pylore (Cancer du —), 105.

Q

Quénu, 155, 172, 203, 305, 321, 322, 351, 383, 402.
Quinton, 171.
Quiret, 8, 123.

R

Rabaud, 405.
Rachis (Déviation latérale du — et gibbosité), 383.
Radiographies instantanées, 104 ; — De l'importance de la — pour le diagnostic et le traitement des déviations de la colonne vertébrale, 371 ; — De l'utilité de la — pour le diagnostic et le traitement de la coxalgie, 322 ; — La —, 401.
Rage (La —), 160.
Raillet, 122.
Ramon, 76, 154.
Raoult, 371.
Rapport général sur le service des aliénés en France, [illegible].
Raschide, 320, 382.
Raymond, 54, 104, 171, 336.
Raymond (F.), 382, 388
Raymond (P.), 28, 122.
Rayons (Les — Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose), 291 ; — Les — X et l'estomac, 336.
Reboul, 10.
Récamier et ses contemporains (1774-1852), 107.
Réclame (Sainte —), 294.
Reclin, 122.
Reclus, 26, 92, 154, 322, 337, 351.
Récompenses, 408.
Rectum (Chirurgie du cancer du —), 172.
Regard, 371, 372.
Régis, 212, 229, 232, 268.
Réglementation (La — hygiénique des Ecoles privées), 327.
Regnard (P.), 286.
Regnault (E.), 291, 340.
Regnier, 49, 225.
Reins (Dégénérescence kystique congénitale des —), 54 ; — Foie mobile stimulant un — mobile, 173 ; — Des formes graves du — mobile, 202 ; — De la suture immédiate des — après néphrotomie, 339.
Rellay, 9, 12, 29, 45, 57, 61, 73, 93, 106, 123, 125, 138, 139, 156, 161, 172, 203, 204, 235, 249, 290, 292, 305, 322, 325, 337, 342, 351, 369, 383, 386, 402.
Rémy, 170, 214.
Ramollissement limité du pli courbe droit, 368.
Renault, 104.
Renaut, 351.
Rendu, 25, 72, 92, 104, 137, 155.
Rendu (A.), 201, 321, 351.
Rénon, 54, 304, 336.
Respiration artificielle (Un danger que peut produire la —), 51 ; — buccale permanente, 338.
Rétine (Décollement de la —), 306, 352.
Rétrécissement mistral, 289.
Retterer, 368.
Rêve (La cure par le —), 175 ; — Fausse angine de poitrine consécutive à un — subconscient, 267.
Revue de chimie biologique, 138,
Revue de chirurgie, 125, 139, 172, 220.
Revue de dermatologie, 28.
Revue générale, 193.
Revue d'hydrologie, 340, 372.
Revue d'histoire médicale, 106.
Revue internationale de pédagogie comparative, 237, 309, 385.
Revue de jurisprudence médico-pharmaceutique, 204.
Revue des maladies de l'enfance, 27, 371.
Revue des maladies du larynx, du nez et des oreilles, 75,
Revue des maladies des organes génito-urinaires, 9.
Revue des maladies du système nerveux, 156, 188, 252, 355.
Revue des maladies des voies urinaires, 339.
Revue de médecine, 73, 291.
Revue de microbiologie, 76.
Revue de pathologie mentale, 57, 290.
Revue de stomatologie, 108.
Revue de technique médicale et chirurgicale, 358.
Revue de thérapeutique, 7, 44, 306, 325, 354, 384, 403.
Revue de thérapeutique chirurgicale, 55.
Rey, 135, 232.
Reymond (E.), 93.
Reynès, 125.

Reynier, 26, 72, 123, 156, 203, 221, 235, 383.
Rhumatisme (Traitement du — aigu par le bleu de methylène), 71; — Note sur un cas de phlébite au cours du — articulaire aigu, 113; — sacro-iliaque, 248; — polyarticulaire, 273; — Traitement du — articulaire, 326; — cérébral, 382.
Ribemont-Dessaignes, 71.
Ricard, 43, 105, 172, 351, 402.
Richelot, 400.
Richet, 248, 320, 368, 382.
Richter, 306.
Ridge, 233
Rigidité (Sur les causes et les variations de la — cadavérique), 319.
Rispal, 269.
Rist, 92.
Riz (De l'augmentation de la consommation du — en France), 233.
Robert, 203.
Robin, 368.
Roché, 288.
Rocher, 322.
Rocbers (Fracture des deux —), 154.
Rochon-Duvigneaud, 353.
Roger, 71, 187, 201, 335, 367.
Rohmer, 352.
Rosenthal, 122, 189, 288.
Rothrock, 12.
Rothschild (de), 124, 384, 393.
Rotillon, 27.
Rotule (Traitement des fractures de la — chez l'enfant), 383.
Roube, 220.
Rouby, 268.
Rousselet, 310.
Roussy, 248, 400.
Routier, 26, 123, 202, 235, 351, 383.
Roux, 57, 350.
Rubéole (De la —), 74.
Ryall (Ch.), 172.

S

Sabrazès, 287, 320.
Saenger, 189.
Sage femme anglaise, 392.
Saint-Yves Ménard, 320.
Saint Philippe, 235.
Sainte réclame, 294.
Salicylate (Absoption du — de méthyle), 104.
Salomon, 309.
Sanguine, 357.
Sanatoria et stations d'altitude, 17; — Etude sur les —, 291.
Sanatorium militaire, 64.
Sang (Le — chez les érysipélateux), 135.
Sano, 247.
Sanose (Erfahrungen und Beobactungen uber —, 384.
Sarcome de la choroïde, 187; — de l'amygdale, 370.
Sauvetage (Le — sanitaire des soldats américains a Cuba), 141.
Scandale (Le — de Choisy), 301.
Scarlatine au 131e d'infanterie et au 15e cuirassiers, 144; — à Versailles, 144.
Schmidt, 354.
School (London — of tropical medicine), 335.
Schreiber, 157.
Schuster, 252, 253, 356.
Schwab, 124.
Schwartz, 72, 322, 383, 401.
Schwerdt, 357.
Sclérose en plaques médullaire consécutive a une arthrite tuberculeuse de l'epaule, 269; — Contribution a la pathologie et a l'histologie de la —, 356.
Scoliose (Traitement de la —), 288.
Sébileau, 138.
Secouristes (Les — français), 207.
Secret médical, 406.
Secret professionnel (A propos du —), 385.
Segond, 123, 171, 351.
Sens (Le — moral chez les criminels), 235.
Sépet, 267.
Septicémie (Considération sur le traitement général de la — puerpérale), 249; — La — péritonéale et son traitement, 341.
Sergent, 7.
Serini, 54.
Sersiron, 291.
Sérumthérapie (Essais de — antituberculeuse), 45
Service des aliénés (Rapport général sur le — en France), 228.
Service de gynécologie (Statistique du — a l'hôpital Broca), 249.
Service médical des Bureaux de bienfaisance de Paris, 399.
Services médicaux (Unification des — de la Préfecture de la Seine), 158.
Service de santé des colonies, 256, 296, 308, 344.
Service de santé de la marine, 14, 48, 63, 80, 128, 160, 182, 192, 208, 240, 256, 296, 312, 338, 344, 375, 407.
Service de santé militaire, 80, 102, 185, 224, 240, 256, 407.
Sevestre, 321.
Shetch Down, 371.
Sialorrhée (Un cas de —), 304.
Sicard, 122, 228, 304, 335.
Simulateur (Odyssée d'un —), 188.
Singuliers conseils, 30.
Sinusites (Contribution a l'étude du symptôme et du diagnostic des —), 370.
Siredey, 337.
Sirol, 268.
Skioscopie (Valeur de la — dans l'œil atropinisé), 353.
Smegmo-bacille, 29.
Snow, 254.
Société Anatomique de Paris, 63.
Société de Biologie, 6, 24, 53, 71, 91, 122, 135, 154, 170, 187, 201, 248, 287, 319, 335, 367, 381, 400.
Société de Chirurgie, 26, 43, 72, 92, 105, 123, 137, 155, 171, 202, 235, 249, 289, 304, 321, 337, 351, 369, 383, 401; — Prix, 92.
Société française d'Electrothérapie, 124, 252.
Société française d'Opthalmologie, 96, 238.
Société d'Ophtalmologie de Paris, 187.
Société française d'Otologie et de Laryngologie, 112, 370.
Société internationale pour l'étude des questions scientifiques, 14.
Société de médecine légale, 26, 106, 251, 322. — Nominations, 48.
Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 408.
Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, 73, 289, 337.
Sociétés médicales d'arrondissement : — du VIIe, 63; — du IXe 64, 343; — du XVIIe, 15
Société médicale des bureaux de bienfaisance, 27.
Société médicale des hôpitaux, 25, 72, 92, 104, 137, 155, 202, 248, 288, 304, 321, 336, 351, 368, 382, 401; — Séances de la —, 293.
Société médicale des praticiens, 124.
Société médico-psychologique, 63, 256, 354.
Société obstétricale de France, 207, 220, 249, 274.
Société d'Obstétrique de Paris, 54, 123, 204, 220, 293, 402.
Société de Pédiatrie, 375, 383.
Société pour la propagation de l'incinération, 291, 309.
Sociétés de secours mutuels (Les syndicats médicaux et le conseil supérieur des —), 406.
Socquet, 251.
Sodium (Sur l'emploi du bioxyde de — dans l'étude de la fonction respiratoire), 103.
Soldats (Date de l'incorporation des jeunes —), 43.
Sommeil (Un cas de — pathologique), 342.
Somnambules (Magnétismes et —), 51.
Sorel (R.), 10.
Soufre (Combinaison iodée du —), 219.
Soulier, 326.
Souques, 92, 382.
Sourdille, 352.
Sphygmographes (Les différents —), 382.
Spiritisme et folie, 270.
Splénectomie, 7.
Splénomégalie, 335; — tuberculeuse, 369, 382, 401.
Spondylose rhizomélique, 155
Stations d'altitude et sanatoria, 17.
Statistique des opérations pratiquées a l'hôpital Bichat (1898), 177, 315.
Statue (Inauguration de la — de Larrey), 375.
Sternum (Luxation vertébrale avec fractures du —), 214.
Stewart, 51.
Stieda, 190.
Strassmann, 106.
Strontium (Bromure de —), 319.
Strychnine (Injection à des cobayes tétaniques de petites doses de —), 335.
Student's Manuel of diseases of the Skin, 28.
Sucre (De la nature du — urinaire des diabétiques), 104.
Suicides en Amérique, 64; — d'un centenaire, 240; — d'un malade à l'Hôtel-Dieu, 280.
Sulfhydrothérapie antimicrobienne, 333.
Suppurations (Traitement des — pelviennes par l'incision vaginale), 125.
Surdi mutité d'origine hystérique, 289.
Sutures du nerf médian, 170.
Sympathicectomie, 53, 170, 336.
Sympathique (Résection du — cervical dans l'épilepsie), 156.
Syncope (Sur une cause exceptionnelle de — au moment de l'accouchement), 188.
Syndicats (Les — médicaux et le conseil supérieur des société de secours mutuels), 406.
Syndrome urinaire et neurasthénique, 267; — de Little d'origine obstétricale, 271.
Syphilides (Diagnostic des — cutanées), 341.
Syphilis (Le traitement de la —), 44.
Syringomyélie, 104, 156.
Système nerveux (Examen et expertise médico-légale des affections traumatiques du —), 252; — Les lésions histologiques du — central dans la chorée, 269; — Les conférences cliniques sur les maladies du — à la Salpêtrière, 302.

T

Tabac (Consommation du —), 132; — Macération de — à chiquer a 10/100, 122; — De l'action peu nocive du — sur les bronches, 142; — Contre l'abus du —, 208.
Tabagisme (Le — dans l'Amérique du Sud, 160.
Tabes (Phénomène oculaire précoce du —), 137; — et syphilis, 156; — Traitement actuel du —, 357; — Sur l'évolution dans le cours du — de l'hémiplégie permanente de cause cérébrale, 361; — à début et a forme gastriques prolongée, 368
Tableaux synoptiques pour l'analyse des urines et des dépôts urinaires, 405.
Tænia (Macération de — inerme), 154.
Tannaforme (Le — dans la médecine infantile), 44.
Tannate (De l'action du — d'orexine), 8.
Taty, 230,
Teigne (Un traitement simple de la — tondante), 13; — Traitement de la — tondante, 326.
Teillais, 323.
Tello, 338.
Tempérance (L'œuvre de l'Hôpital de — de Londres), 233.
Température (De l'abaissement de la — chez les enfants débiles), 171.
Tendon (Rupture du triceps du —), 235.
Tension artérielle, 336.
Terrier, 12, 93, 137, 177, 220, 222, 276, 315.
Tesson, 324.
Testicule (Traitement chirurgical de la tuberculose du —), 26, 369, 383.
Testivint, 136.
Tétanie et Ostéopathies au cours de la dilatation de l'estomac, 74,
Tétanos (Traitement du —), 172; — Deux cas de — traités par l'antitoxine Behring, 404.
Thallium (Toxicité du —), 248.
Théohari, 319.
Thérapeutique, 241, 263, 333.
Thérapeutique chirurgicale, 33, 81, 145.
Thérapeutique oculaire, 257.
Thérapeutique médico-pédagogique, 345.
Thermo-esthésiomètre, 304.
Thèses de la Faculté de Médecine de Paris (Voir page VII des annonces).
Thibierge, 137.
Thiercelin 122, 248.
Thomas, 136.
Thorax (Malformations du — et du cœur), 336.
Thoyes, 249.
Thuillier, 95.
Thyrotomie (Double —), 371.
Tillaux, 26, 154, 171, 337, 351, 402.
Tissier, 161.
Tolmer, 384.
Torticolis congénital, 235.
Touche, 368.
Toulouse, 24, 91, 135, 154, 171, 320, 382, 383.

Tournier, 27.
Tout a l'égout à Reims, 13.
Toxicité urinaire pendant la grossesse, 250 ; — vraie, 367.
Toxine tétanique, 171 ; — chez le cobaye, 336.
Toxines urinaires, 104.
Traité de chirurgie, 29.
Traité élémentaire de clinique thérapeutique, 326.
Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, 27.
Traité des maladies du système nerveux, 355.
Traitement actuel du tabes, 357.
Traitement de la syphilis, 44.
Traitement chirurgical de l'infection péritonéale, 93.
Traitement familial des aliénés, 348.
Traitement médico-pédagogique (Assistance et — des enfants anormaux) 170, 247 ;—dans l'instabilité mentale, 345.
Traitement du rhumatisme articulaire, 326.
Trantas, 324.
Travail (La loi sur les accidents du — et les médecins), 266.
Travaux sur la pathologie et l'anatomie pathologique du système nerveux, 356.
Tremblement héréditaire chez un malade porteur d'un foyer ancien de paralysie infantile, 1.
Trendelenburg (The advantages of the — posture during all operations involving directly or indirectly the caviting of the mouth, nose and the trachea), 75.
Trépanation dans l'épilepsie, 126 ; — et épilepsie, 290 ; — pour mastoïdite, 322.
Treub, 251.
Triaire, 107.
Triboulet, 304
Triceps (Rupture du tendon du —), 235.
Trional (Traitement de l'attaque d'épilepsie par le —), 268.
Troisier, 336.
Troubles (Les — de l'appareil digestif, comme causes et suites d'autres maladies), 141.
Troupes (Les — coloniales. Maladies du soldat aux pays chauds), 387.
Trousseau, 306.
Trousseau (Le fils de — à Honolulu), 13.
Tuberculeux (Refus d'admission des — dans les asiles nationaux de convalescence), 158 ; — Le cœur chez les —, 291.
Tuberculose (Guérison complete de trois cas de — vésicale grave), 10 ;— L'évolution simultanée d'un cancer et d'une — sur un même point constitue une rareté, 71 ; — vésicale, 139 ; — Traitement de la — testiculaire, 249, 304, 321, 289, 337 ; — Traitement de la — par la méthode des congénères, 291 : — Le Congrès contre la — de Berlin, 359 ; — du testicule, 26, 369, 383 ; — Etiologie de la — 400 ; — et les tanneurs, 407.
Tuffier, 26, 43, 53, 72, 105, 123, 155, 172, 202, 203, 235, 249, 304, 351, 402.
Tumeurs (Trois cas de — orbitaire chez l'enfant), 27 ; — de la couche optique, 356.
Turner (L.), 11.

U

Ulcère (Sur un traitement médical de l'— hémorragique de l'estomac), 157, 171 ; — Gastro-entérostomie pour — de l'estomac, 304 ; — Nouvelles considérations sur le traitement des — infectieux de la cornée, 352.
Ulmann, 28.
Ulry, 122, 320.
Unification des services médicaux de la Préfecture de la Seine, 158.
Universités allemandes (Les étudiantes dans les —), 223.
Universités étrangères, 237.
Universités françaises. — U. de Bordeaux, 344 — U. de Lyon, 48. — U. de Paris, 296
Urémie (Comparaison d'un accès d'— sans gravidité avec un état éclamptique), 250 ; — La diète hydrique dans l'—, 336.
Uretère (Extirpation totale de l'— pour papillome), 136 ; — Rupture de l'— par contusion de la région rénale), 309.
Urines (Ictère chronique sans coloration des —), 202.
Urriola, 387.
Urticaire et odeur, 371.
Utérus (De l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'—), 33, 81, 145 ; — semi-septus uni cervical avec vagin double, 249 ; — Hémorragie du segment inférieur de l'— 27 ; — Rétroversion de l'— gravides, 276.

V

Vaccination (La — de la peste bovine à l'Institut Pasteur de Nhatrang, au Tonkin), 255 : — Nécessité de la — et de la revaccination, 400.
Vaccine (Les instituteurs et la —), 320.
Vaccinoïde (La —), 400.
Vacher, 217, 306.
Vagin (Utérus semi-septus uni-cervical avec — double), 249.
Vaillard, 281, 286, 297, 303.
Vallée, 368.
Vallin, 289.
Vallon, 218, 229, 232, 251, 268, 322.
Valude, 27, 188, 323.
Van Merris, 341.
Vaquez, 91, 401.
Varicocèle symptomatique des tumeurs rénales, 126.
Variole et tuberculose, 276.
Variot, 304, 369.
Vasectomie Suites éloignées de la — dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate), 125.
Végétariens (Les — aux Etats-Unis), 126.
Végétations adénoïdes chez l'adulte, 370 ; — dans le larynx, 370.
Végétaux Valeur nutritive des — au point de vue de l'hygiène, d'après Hildebrandt), 120.
Verger, 290.
Veruorn, 357.
Vessie (Exstrophie de la —), 173 ; — De l'aspiration des corps mous dans la —, 339.
Viala, 171.
Vian, 354.
Viandes (Les — de conserves dans l'armée), 151 ; — Les extraits de —, 185.
Vidal, 154, 318.
Vieillards (L'assistance des — dans le département de la Seine), 89.
Vieux (Le plus — du monde), 302.
Vignard, 339.
Vigouroux, 232, 270.
Villar, 222.
Ville (La — et l'Université de Paris), 296.
Villemin, 384.
Visite (Une — à l'hôpital Broca), 22.
Vitré (Hémorragie du — mono-latérale à récidive), 353.
Voies lacrymales (Remarques sur l'anatomie et la pathologie des —), 353.
Voie rectale (Emploi des solutions arsenicales par la —), 351.
Voile du palais (Perforation tuberculeuse du —), 54 ; — Paralysie du — consécutive à une angine streptococcique, 104.
Voitures (Désinfection des wagons et des —), 289.
Volonté (Education rationnelle de la —), 57.
Vomissements (Utilité du traitement gynécologique dans les — incoercibles de la —), 250.
Voûte (Fracture ancienne de la — cranienne avec enfoncement), 60.

W

Wagons (Désinfection des — et voitures), 289.
Walther, 105, 172, 203, 308, 402.
Wang, 138.
Waring, 55.
Weil, 381.
Widal, 369, 381, 382.
Wecker (de), 306, 352.
Weill, 7, 91, 122, 136.
Weinberg, 7.
Weiss, 122, 136, 138.
Wenceslao Tello, 338.
Werner, 29.
Wertheimer, 92.
Widal, 401.
Wirkungen (Ueber die — und die indicationen der Traubenkur), 385.
Wreschner, 58.

X Y Z

Xanthélasma chez un diabétique non glycosurique, 54.
Yvon, 59, 292, 405.
Zachariades, 122, 136.
Zanoni, 45.
Zanotti, 353.
Ziemann, 76.
Zuckerkandl, 11.

PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71.

Tome I (1880). — Publié avec la collaboration de M. d'Ollier. Brochure in-8 de 74 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . . 2 fr.

BOURNEVILLE. Mémoire sur l'inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux des épileptiques. Brochure grand in-8 de 8 pages.— Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

BOURNEVILLE. *Voir* Année médicale, Bibliothèque diabolique, Bru, Charcot, Itard, Manuel de la garde-malade, Rousselet.

BOURNEVILLE. Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde. Vol. in-8 compact de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie.— Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr.

BOURNEVILLE. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. Vol. in-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte et 3 planches.— Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75

BOURNEVILLE et BRICON. Manuel de technique des autopsies. Un volume in-32 de XII-200 pages, avec 5 planches hors texte et 16 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.
Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE et L. GUÉRARD. De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8 de 240 pages avec 10 fig. et 1 planche. — Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr.

BOURNEVILLE et REGNARD. Iconographie photographique de la Salpêtrière. *Trois volumes* in-4, avec chacun 40 photographies et de nombreuses figures dans le texte. — Prix du volume : 30 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, prix du volume, 20 fr. — Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets ; demi-reliure, tranche rouge.—Prix de la reliure d'un volume 5 fr.

BOURNEVILLE et ROUSSELET. — Manuel d'Assistance publique à Paris. — L'ouvrage sera complet en 20 livraisons et formera un volume in-18 d'environ 500 pages. — Prix en souscription (envoi franco). 5 fr.

BOYER (H. Cl. de). Note sur un cas de méningite cérébro-spinale aiguë d'origine rhumatismale. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 cent. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

BOUTIER. *Voir* Bourneville.

BOYER (H. Cl de). Etudes topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux Volume in-8° de 290 pages, avec 104 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr.

TERRILLON.— Leçons de clinique chirurgicale. Volume in-8 de 135 pages, — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

BRISSAUD (E.). I. Stomatite et endocardite infectieuses.— II. Localisation cérébrale dans un cas d'ostéite syphilitique du crâne. Broch. in-8 de 20 pages. Prix : 75 c. Pour nos abonnés . . . . 50 c.

BRISSAUD (E.). — Des scolioses dans les névralgies sciatiques. Brochure in-8 de 40 pages, avec 18 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

BRISSAUD (E.). De l'influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution topographique de certaines névrites toxiques Brochure in-8 de 23 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . 50 c.

BRISSAUD (E.) et MARIE (P.). De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique. Brochure in-8 de 20 pages, avec 3 figures. — Prix 75 c. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

BRUHL (J.). — Contribution à l'étude de la syringomyélie. Vol. in-8 de 221 p., avec 12 fig. et une pl. hors texte.—Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

BUDIN (P.). Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus. Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

BUDIN (P.). Obstétrique. (Notes et Recherches). Brochure in-8 de 42 pages, avec 6 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . 1 fr.

BUDIN (P.). Recherches sur l'hymen et sur l'orifice vaginal Brochure in-8 de 40 p. avec 24 fig. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr.

BUDIN (P.). Obstétrique. (Recherches cliniques) — Le palper abdominal. — La présentation du siège. — Le releveur de l'anus chez la femme. Broch. in-8 de 48 pages, avec 3 fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

BUDIN (P.). Recherches physiologiques et cliniques sur les accouchements. Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

BUDIN (P.). De la situation des œufs et des fœtus dans la grossesse gémellaire et des symptômes qui en résultent. Broch. in-8 de 28 p. avec 8 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

BUDIN (P.). Note sur une sonde pour pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités. — Sonde à canal en forme de fer à cheval. Broch. in-8 de 24 pages, avec figures dans le texte.— Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 70 c.

BOURNEVILLE — Rapport sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Volume in-4° de LXVII-34 pages. — Prix : 3 francs. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

BOURNEVILLE et TEINTURIER. G. V. Townley. ou du diagnostic de la folie au point de vue légal. Paris, 1865. Brochure in-8 de 16 pages.— Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

BOURNEVILLE et BRICON. Manuel des injections sous-cutanées. 2e éd Un volume in-32 de XXXVI-210 pages, avec 10 fig. dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.
Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage 50 c.

BUDIN et CHAVANNE. Hygiène de l'enfance. Note sur l'allaitement des nouveau-nés. Brochure in-8 de 23 pages, avec 9 figures. Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . 90 c.

BURET (F.). Du diagnostic de l'ectopie rénale. Volume in-8 de 92 p. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

BUTLIN (H.-P.). Maladies de la langue. Traduit de l'anglais par le Dr Douglas Aigre. Volume in-8 de 424 pages. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 6 fr.

BREDA. *Voir* Féré.

BRICON (P). Du traitement de l'épilepsie. (Hydrothérapie. — Arsénicaux. — Magnétisme minéral. — Sels de pilocarpine). Vol. in-8 de 262 p. avec 15 fig. dans le texte. Paris, 1882. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BRICON. *Voir* Bourneville.

BALZER (F.) Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie. Vol. de 84 pages, orné d'une planche en chromo lithographie. — Prix : 2 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50

BARATOUX. *Voir* Miot.

BRISSAUD (E.) et MONOD (E.). Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Paris, 1877. Vol. in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . . . 35 c.

BRISSAUD. *Voir* Charcot et Fournier.

BROCA (A.). Du lavage de l'estomac et de l'alimentation artificielle dans quelques affections chroniques de l'estomac. Brochure in-8 de 53 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

BRODIE (B.). Leçons sur les affections nerveuses locales, traduites de l'anglais par le Dr Douglas-Aigre. — Volume in-8 de 62 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

BRU (P.) Histoire de Bicêtre (Hospice-Prison-Asile), d'après des documents historiques, avec une préface de M. le Dr Bourneville. Un beau volume in-4° carré, d'environ 500 pages, orné de 22 planches hors texte, et d'un plan général de l'hospice de Bicêtre actuel (1890). — Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 10 fr.

CAMUSET. — Sur un cas de tétanos chez un épileptique. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

CAMUSET. Note sur un aliéné homicide. Brochure in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

CAPITAN (L.). Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires. — Brochure in-8 de 150 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

CARPENTIER (Ch.). Disposition anatomique des nerfs de l'orbite au niveau du sinus caverneux. Brochure in-8 de 10 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

CARYOPHILIS. — Complexus symptomatique constitué par de l'aphagie (Refus de manger), Alalie (Refus de parler), et Astasie-Abasie, guéri par la suggestion forcée. Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 0.50 c. — Pour nos abonnés . . . . 0.35 c.

CARTAZ (A.). Notes et observations sur le tétanos traumatique. Brochure in-8. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . . 35 c.

CATSARAS (M.). De la curabilité de la sclérose en plaques. Brochure in-8 de 11 pages. — Prix 50 cent. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

CAPITAN (L.). Lésions du plancher bulbaire et de l'aqueduc de Sylvius dans l'hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire. Brochure in-8 de 15 pages, avec 4 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

CAPUS. *Voir* Baudouin.

CATSARAS (M.). — Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres. Volume in-8 de 328 pages, avec 5 tableaux hors texte. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés . . . . 5 fr.

CHABBERT. — Nouvelles doctrines de neuropathologie, d'après les leçons élémentaires de clinique médicale professées à l'Hôtel-Dieu de Toulouse par le Dr Caubet (Examen critique). Volume in-8° de 113 pages.— Prix : 3 fr. 50.— Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 75

CHABBERT (L). — Cas de tabes à début céphalique caractérisé par la lésion des 2e, 3e, 4e, 5e et 6e paires crâniennes. Brochure in-8 de 11 pages.

CHABBERT. — Sur un cas de paralysie générale à forme de tabes au début chez un syphilitique. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

CORNILLON (J.) Lady Stephens et Durande ou les dissolvants des concrétions des voies urinaires et biliaires. Brochure in-8 de 54 p.— Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

CORNILLON (J.) Rapports du diabète avec l'arthritis, et de la dyspepsie avec les maladies constitutionnelles. Un vol. in-8 de 48 pages. Paris, 1878. — Prix [illegible] — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GIRAUDÈS (J. A.) Des luxations de la mâchoire. In-4 de 50 pages avec [illegible] — Prix [illegible] — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 33

LELOIR (H.). Leçons sur la syphilis, professées à l'hôpital St-Sauveur. Volume in-8 de 213 pages, avec plusieurs figures intercalées dans le texte. Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés . . . . 3 fr. 50

LELOIR (H.) Traité pratique et théorique de la lèpre. Volume in-4 de 359 pages, avec 43 figures, 7 tableaux et un atlas de XXII planches originales. — Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés. . . . . . . 22 fr. 50

LELOIR (H.). Recherches sur la nature du lupus vulgaire. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . . . 35 c.